



**Universidad**  
Zaragoza

# **Trabajo Fin de Grado**

Consumo de alcohol y su prevención desde la  
educación primaria

Autora

**Estefanía Gonzalvo Hernando**

Director

**Dr. Rafael Díaz Fernández**

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

Junio 2018

## ÍNDICE

1. Introducción /Justificación.....	5
2. Objetivo .....	6
3. Metodología.....	6
4. Marco teórico.....	7
4.1.Antecedentes de la Educación para la Salud .....	7
4.2.Etapa evolutiva 6 – 12 años .....	9
4.3.Modelo teórico general subyacente a los programas preventivos de drogas.	11
4.4. Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas.....	12
4.4.1. Teorías parciales o basadas en pocos componentes.....	13
4.4.2. Teorías de estadios y evolutivas .....	14
4.4.3. Teorías integrativas y comprensivas.....	16
5. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000/2008.....	31
5.1. Análisis de la realidad.....	31
5.2. Prevención en el ámbito educativo .....	31
6. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009/2016.....	32
6.1 Análisis de la realidad.....	32
6.2. Prevención en el ámbito educativo .....	35
7. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017/2024 .....	36
7.1. Análisis de la realidad.....	36
7.2. Prevención en el ámbito educativo .....	38
8. II Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010/2016 del Gobierno de Aragón .....	39
8.1. Análisis de la situación .....	39
8.2. Prevención.....	44

## **Consumo de alcohol y su prevención desde la educación primaria**

8.2.1. Prevención en el ámbito educativo .....	44
8.3. Recursos.....	45
8.3.1. Programas escolares de educación para la salud.....	45
8.3.2. Asistencia.....	47
9. Plan Municipal de Prevención de drogodependencias y otras adicciones	
2011/2017 en Huesca.....	48
9.1. Análisis de la realidad en Huesca .....	48
9.2. Prevención en el ámbito educativo .....	52
9.2.1. Programas de prevención en la escuela .....	53
10. Análisis de la situación sobre el consumo de alcohol en los jóvenes .....	54
10.1 Según Informe de la Comisión Clínica del PNSD.....	54
10.2. ESTUDES 2014/2015.....	59
10.3. EDADES 2015/2016 .....	59
10.4. Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones 2017...	60
11. Una aproximación a la nueva Ley de alcohol y menores .....	62
12. Conclusiones.....	64
13. Bibliografía .....	66
Anexos: .....	71
Anexo 1: Tablas .....	71
Anexo 2: Gráficos .....	72

**Título del TFG:** Consumo de alcohol y su prevención desde la educación primaria

**Title (in English):** Consumption of alcohol and its prevention from primary education

- Elaborado por Estefanía Gonzalvo Hernando
- Dirigido por Rafael Díaz Fernández.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Junio, año 2018
- Número de palabras: 21.824
- Fecha depósito: 18/06/2018

### **Resumen**

El trabajo realizado comienza con la Promoción de la Salud y su prevención en el ámbito de las adicciones, también con las conferencias internacionales, informes y estrategias donde se asientan las bases de la promoción y la educación para la salud. Las teorías que subyacen a los programas de prevención y consumo de sustancias legales e ilegales. La etapa evolutiva 6 -12 años, donde se ha hecho más hincapié para llevar a cabo la prevención desde sus inicios como grupo humano por su vulnerabilidad y especialmente la investigación se ha centrado en el consumo de alcohol y su prevalencia en menores como droga principal, su consumo a temprana edad afecta a las esferas de tipo social, familiar, y escolar modificando su percepción del riesgo. Por último se ha analizado importantes documentos del Plan Nacional Sobre Drogas como son las Estrategias Nacionales, los Planes Autonómicos del Gobierno de Aragón sobre Conductas Adictivas y el Plan de Prevención de drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca, finalizando el trabajo con una breve exposición del Anteproyecto de Ley sobre alcohol en menores que se va a aprobar próximamente.

### **Palabras clave**

Prevención, alcohol, percepción del riesgo, drogodependencias, educación para la salud, escuela,

## **1. INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN**

El trabajo sobre la prevención de las drogodependencias no es un tema aislado del contexto educativo, afecta a muchos jóvenes y cada vez a edades más tempranas. Trabajarlo desde el centro escolar es muy importante porque muchos adolescentes no se sienten cómodos hablando de este tema con sus familias y desde este ámbito se les puede ayudar mucho siempre y cuando ellos estén receptivos.

Lo más preocupante en la evolución del consumo de drogas es la temprana edad a la que se empieza a consumir y el modo de consumo, ya que ahora el consumo de los adolescentes y jóvenes se desarrolla en un ámbito asociado al ocio y forma parte del proceso de socialización y de integración en el grupo de iguales.

El alcohol es la sustancia que más consumen los jóvenes de entre 14 y 18 años, sabiendo que un 84,8% lo han probado y por lo tanto consumido alguna vez a lo largo de su vida. Además los 13,5 años es la edad media de inicio de consumo sabiendo que conforme pasan los años, este consumo aumenta. El consumo se realiza en lugares públicos totalmente al aire libre como son las plazas, parques o calles.

En muchas ocasiones se toma como algo común y corriente disminuyendo la percepción del riesgo hacia esta sustancia y haciendo que el consumo se realice cada vez en edades más tempranas mientras que otras drogas como pueden ser la marihuana y la cocaína se les da una imagen oscura como si fueran mucho peores que el consumo de alcohol. Debemos saber que el alcohol es tan dañino como las otras drogas y además la gente no es consciente de las consecuencias que tiene el alcoholismo porque no se tiene en cuenta que es una enfermedad que puede causar la muerte.

Es importante no hablar sólo con la persona que tiene el problema sino también con su círculo de amistades y con la familia, ya que muchos de ellos comienzan a consumir debido a que alrededor de sus círculos hay un consumo y éstos son vulnerables y acaban tomando sustancias.

La finalidad de este trabajo es analizar la existencia de consumo de drogas desde el ámbito educativo y actuar para poder ayudar tanto a los chicos que ya consumen como prevenir a aquellos que no consumen.

## **2. OBJETIVO**

Analizar y conocer la situación del consumo de drogas en España, Aragón y Huesca, particularmente el alcohol, y las propuestas de prevención de drogodependencias en el ámbito educativo, también las características del colectivo al que va dirigido, alumnado de primaria y el papel de la escuela en su prevención desde la educación para la salud.

## **3. METODOLOGIA**

Esta investigación se ha llevado a cabo a través de un proceso de indagación y búsqueda de evidencias científica y revisión de fuentes bibliográficas, primarias y secundarias.

Con esta investigación se ha pretendido conocer la situación actual sobre la prevención de drogodependencias en los centros educativos de Educación Primaria y Secundaria de la Comunidad Autónoma de Aragón así como la prevalencia de consumo de alcohol en menores y su repercusión social, familiar, escolar, según el último informe del Observatorio Español Sobre Drogas 2017.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Los antecedentes más próximos de la educación para la salud

La educación para la salud aparece debido a la falta de participación por parte de los ciudadanos en las políticas de salud. En el año 1946 tuvo lugar el nacimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el contexto de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) creada ésta en el año 1945. El nacimiento de la OMS dentro de este contexto se realizó para formar un órgano a nivel internacional que pudiera tanto defender como impulsar la salud por todo el mundo. La OMS (1948) define la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente, la ausencia de afecciones o enfermedades” La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948

La salud se ha considerado dentro de la promoción de la salud como aquel recurso que hace que las personas puedan tener una vida productiva tanto a nivel social, individual y económico.

Según la OMS (1984) la promoción de la salud es entendida como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.”. (Díaz y Sierra 2008, p. 164)

Por todo ello la salud no la podemos ver como nuestro objetivo sino como nuestro recurso para toda la vida y entonces tendremos la necesidad de emplear recursos sociales, recursos personales y buenas aptitudes físicas.

Poseer un buen concepto de salud no es solamente trabajar la prevención sino profundizar mucho más allá del modelo sanitario.

En 1974, en Canadá, el Ministro de Sanidad llamado Lalonde decide realizar un estudio para posteriormente analizar los factores causales de salud. Después de realizar su estudio llega a la conclusión que hay cuatro variables relacionadas entre sí que son las

siguientes: “la biología humana, el sistema de asistencia sanitaria, el medio ambiente y el estilo de vida” (Díaz y Sierra 2008, p. 164)

Según Lalonde el medio ambiente y el estilo de vida son los que nos marcan en mayor cantidad nuestra salud.

En el año 1978 con la celebración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud en Alma-Ata (Kazajistán), surge una manifestación sobre cuidados de salud denominada: Declaración sobre cuidados primarios de salud, en la cual se incita a todos los gobiernos a que piensen y creen un buen plan a nivel nacional para conseguir que las personas en el año 2000 puedan tener una vida social y económica favorable.

En 1986 se llevó a cabo la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá), lugar donde se presentó la Carta de Ottawa.

En esta carta aparecen acentuados diversos aspectos como por ejemplo tener una vivienda, poseer suficientes recursos para podernos alimentar y realizar un buen uso de lo que tenemos para mantener nuestra salud. Todo ello está unido a las relaciones que hay entre el entorno que nos rodea, las condiciones tanto sociales como económicas que cada uno tiene, los estilos de vida de cada persona y por último la salud.

Según la OMS (1946) los sistemas económicos, sociales y el entorno físico tienen que tener en cuenta lo que implican ellos en la salud y el bienestar de las personas a nivel individual y colectivo. La salud se considera un derecho fundamental y por ello todas las personas tienen que obtener los recursos sanitarios básicos.

La promoción de la salud es según la carta de Ottawa 1986 el proceso por el cual las personas son capaces de aumentar el control de su propia salud para poderla mejorar y así intentar evitar que aparezca cualquier tipo de enfermedad. En caso de que la enfermedad se desarrolle y por lo tanto exista se debe detener el progreso y de este modo reducir las consecuencias que conlleva.

Existen tres estrategias básicas para promover la salud: “la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales, facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y mediar a favor de la salud frente a distintos intereses de la sociedad” (Díaz y Sierra 2008, p. 165).



Las tres estrategias nombradas están apoyadas en áreas prioritarias que son: “establecer una política saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios”. (Díaz y Sierra 2008, p. 165).

“En España la Ley General de Sanidad 14/1986 de 26 de Abril, es el marco de referencia normativo para la Reforma Sanitaria y el funcionamiento del sistema sanitario, poniendo el énfasis (capítulo 1º, art 3º) en el que “los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”, como uno “de los principios generales” del Sistema de Salud.”

En 1997 la Declaración de Yakarta (Indonesia) confirma que para todos los países lo más importante son las estrategias para promover la salud y las áreas de acción prioritarias para llevar por un buen camino la salud al siglo XXI a través de las cinco prioridades siguientes:

- “Promover la responsabilidad social para la salud
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud” (Díaz y Sierra 2008, p. 166).

La educación para la salud es el instrumento que nos va a ayudar a prevenir las drogodependencias, para ello es importante que las personas estén capacitadas para poder controlar los determinantes personales y ambientales.

### **4.2. Etapa evolutiva 6-12 años**

Durante esta etapa el consumo de drogas por lo general es insignificante aunque observando el estilo de vida que lleva cada niño se puede ver si es saludable y por lo tanto no vulnerable o todo lo contrario que no sea nada saludable y entonces incrementa el riesgo ante las drogas.

Los niños realizan cambios importantes en su desarrollo y perciben el mundo de forma más objetiva y más autónoma. Las relaciones que mantienen con sus iguales y con la familia hacen que adquieran unos valores u otros y desarrollen al mismo tiempo unos hábitos u otros con respecto a la salud.

Según Piaget (1999) al aparecer operaciones concretas, nuestro final de la etapa está ya dentro del pensamiento formal y las operaciones son abstractas (PIPES 1996, p. 8)

Como consecuencia los niños siguen adquiriendo la metacognición centrándose en un aprender a aprender. Si cada uno de ellos conoce sus limitaciones y sus capacidades será más fácil controlar y planificar sus propias actividades.

Como meta de toda acción educativa está el conseguir una autonomía tanto intelectual como social y moral en cada uno de sus alumnos.

Con respecto al desarrollo sociopersonal hay que saber que según el momento de evolución, cada persona tiene un nivel característico de madurez.

Cuando los objetivos no salen como lo esperado o la infancia no ha sido satisfactoria, el sujeto se enfrenta a una situación más difícil de lo esperado y por ello puede hacerlo más vulnerable.

La prevención tiene como objetivo principal preparar a los niños y adolescentes a decir no a las oferta de drogas.

Los aspectos implicados en el desarrollo sociopersonal son:

-La autoestima: si se tiene un autoconcepto bajo, es decir, una imagen negativa de uno mismo, el niño o adolescente puede recurrir al consumo de drogas para intentar paliar esa percepción de uno mismo. En el proceso de aprendizaje es muy importante la autoestima, ya que los niños y adolescentes tienen muy en cuenta lo que esperan los demás de ellos frente a lo que pueden llegar a dar. Por eso es muy importante mostrarle esa confianza al alumno y al mismo tiempo hacerle consciente de que puede hacerlo y valorar todo su esfuerzo.

-La autonomía y la responsabilidad: a la hora de tomar decisiones la poca autonomía es un factor de riesgo de consumo de drogas. Los niños aprenden a ser autónomos o todo lo contrario, aprenden a ser dependientes aunque no tiene por qué ser de las drogas, sino

que puede ser por ejemplo del abuso compulsivo de videojuegos o del consumo de gominolas. Estos comportamientos de riesgos comienzan desde edades tempranas. Las actuaciones de prevención tienen que ir dirigidas a favorecer el desarrollo de la autonomía y permitir reconocer sus propias decisiones y responsabilidades ante las decisiones tomadas.

- La competencia para las relaciones interpersonales: los conflictos constantes y consumo de drogas impiden dotar a las personas de recursos para solucionar esos problemas. Es importante que desde la primera infancia comience la resolución de conflictos.

Por lo tanto “el PIPES (1996) nace del convencimiento de que la escuela contribuye un marco idóneo para la prevención y contribuye a la educación integral del alumnado a través del desarrollo de habilidades, valores y actitudes que permitan afrontar y resolver con mejores recursos las situaciones personales y sociales de incitación al consumo. Este Plan contempla una serie de factores de riesgo y propone la intervención en cuatro ámbitos clave que son: valores, actitudes, competencia individual para la interacción y toma de decisiones. Además este plan facilita la tarea de los docentes que quieren prevenir las drogodependencias en el centro”

#### **4.3. Modelo teórico general que subyace a los programas preventivos de drogas**

El marco teórico tiene la utilidad de ser la base de los diversos programas que hay de prevención de drogas, es muy importante porque nos ayuda a entender el consumo para poder plantear una posterior prevención.

Este marco se fundamenta en la etiología del consumo que es el modelo teórico general subyacente a los programas preventivos de drogas fundamentados en las causas que origina el consumo.

Según Becoña (2001 y 2002: 48) este modelo se resume en tres ejes básicos:

- La personalidad, el estilo de vida y diversos factores ambientales son los que facilitan el comienzo y el mantenimiento del consumo de las diferentes sustancias en unas personas respecto a otras.

## Consumo de alcohol y su prevención desde la educación primaria

- Existe una progresión en el consumo de drogas y se hace una distinción. Los que pasan de consumir drogas legales a ilegales según código penal, frente a los que consumen solo drogas ilegales.
- Los diversos factores de inicio y mantenimiento al igual que la progresión o no en el consumo de otras sustancias están asociados a diversas variables. Estas son las socioculturales, biológicas y psicológicas.

El objetivo común de todos los modelos de prevención consiste en entender por qué unas personas consumen drogas y otras no para aplicar diversas estrategias preventivas y así evitar que las personas comiencen a consumir las diferentes sustancias. Para que esto suceda hay que tener en cuenta que hay que cambiar los factores que facilitan el consumo que son los llamados factores de riesgo y al mismo tiempo es muy importante potenciar los que facilitan el no consumir, es decir, los factores de protección.

Diversas afirmaciones de los años 50 llevaron a crear una teoría secuencial (Kandel, 2002), que nos demuestra que hay 4 fases desde la toma de las drogas legales a la toma de las ilegales:

Tabla 1. Teoría secuencial de Kandel

<u>Fase</u>	<u>Consumo</u>
Primera	Cerveza y vino
Segunda	Cigarrillos y licores
Tercera	Marihuana
Cuarta	Otras drogas ilegales

Fuente: Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección.

Becoña (2002: 48) afirma “aunque el uso de una droga previa no indica inevitablemente pasar a ser consumidor de la siguiente, sí que aquellos que consumen marihuana hay pocos que previamente no han utilizado tabaco y alcohol, o los que usan otro tipo de drogas ilícitas no hayan consumido previamente tabaco, alcohol y marihuana”.

### 4.4. Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas

Se pueden clasificar en tres grupos las diversas teorías y modelos que explican el consumo y la prevención de drogas. (Becoña, 2002: 80)

*4.4.1. Teorías parciales o basadas en pocos componentes:*

Éstas explican el consumo de drogas con poquísimos elementos o componentes. Dentro de este grupo hay diversas teorías y modelos que son las siguientes:

-Teorías y modelos biológicos: las personas se convierten en adictas porque les provoca un trastorno. Hay una hipótesis dentro de este grupo y es la automedicación, lo que quiere decir que el individuo al probar la sustancia nota que tiene unos efectos positivos sobre él y se acostumbra a tomarla para regularse así mismo mediante ella (Casas et al., 1992).

-Modelo de creencias de salud y de competencia es un modelo derivado del de promoción de la salud y de la salud pública. Tiene dos objetivos que son promover la competencia individual y desarrollar comunidades y organizaciones competentes (Costa y López, 2000)

-Las teorías del aprendizaje para la explicación del consumo, tratamiento y prevención están basadas en la forma de comportarse siguiendo las leyes del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social. El objetivo de estas teorías es enseñarles a los individuos a tomar nuevas conductas y también explicarles cómo pueden hacer que las conductas que ya están adquiridas vayan teniendo cada vez menos influencia en el individuo (Becoña 2002: 98).

-Las teorías actitud- conducta, teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975) y la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1988) están basadas en la demostración de las actitudes de un sujeto, es decir, según la actitud que presenta este sujeto podemos hacernos una idea del posterior comportamiento que va a desarrollar. (Becoña, 1986)

-Las teorías psicológicas basadas en causas interpersonales y el modelo de la mejora de la estima se encuentran integradas en las teorías integrativas de Kaplan (1986) nos dice que es el individuo adolescente, el que busca un apoyo para actuar y comportarse pero ese apoyo no lo encuentran y por ello tienen que resolver esos problemas a nivel psicológico porque se sienten rechazados y lo que buscan es una compensación.

-Teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan et al. (1996): las personas necesitan sentirse valoradas positivamente a través de otras personas que se encuentran a su alrededor, pero si esto falla lo que ocurre es que estas personas pueden encontrar

este apoyo en actividades conflictivas que les proporcionan experiencias nuevas, refuerzo y autorespeto pero pueden llegar a cometer actos ilegales.

-Modelo basado en la afectividad (Pandina et al. 1992): según Pandina la afectividad es el funcionamiento clave en la determinación y el control de la propia conducta. Piensa que el consumo de las drogas está determinado por la relación entre el afecto negativo, el arousal elevado; entendido este como el estado general de activación cortical difusa que sigue a la estimulación sensorial y la vulnerabilidad al abuso de drogas. Las personas que no tienen un refuerzo positivo a su alrededor tienen más posibilidades de consumir e intoxicarse con las drogas (Becoña, 2002: 120)

-“Las teorías basadas en el enfoque sistémico y en modelos de familia derivados de ellos que parten de la hipótesis de que el consumo de sustancias u otro tipo de problemas es la expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia produciendo disfunción en el sistema familiar” (Waldrom, 1998) (Díaz y Sierra 2008, pag 177).

-Modelo social de Peele 1985 parte de la afirmación de que no es la sustancia la que crea la adicción sino el cómo se toma la persona la experiencia que le causa y como responde a nivel fisiológico, emocional y conductual (Becoña 2002: 123).

#### *4.4.2. Teorías de estadios y evolutivas*

Basadas en los estadios o desarrollos evolutivos de las personas respecto a la madurez que presentan para poder explicar el consumo de drogas. Esas teorías son las siguientes:

-Modelo evolutivo de Kandel: las personas cuando consumen drogas lo realizan de forma secuencial, primero comienzan por el consumo de drogas legales, sustancias de iniciación que después dan paso al consumo de sustancias como por ejemplo la marihuana y luego ya se produce el consumo de otras sustancias ilegales. Kandel en este modelo parte de la teoría de la socialización. Kandel diferencia cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales que son la cerveza o vino, cigarrillos o licores, marihuana y por ultimo otras drogas ilegales (Becoña, 2002: 140).

Las drogas legales son las que nos conducen a tomar otras sustancias ilegales, pero no todo el mundo que consume drogas pasa por estas cuatro etapas nombradas

anteriormente. Las personas que no tienen buena relación con la familia y su grupo de iguales tienen más posibilidades de consumir drogas.

-Modelo de estadios o etapas de Werch y Diclemente (1994) se basa en unos estadios que van desde el no consumo de drogas hasta el uso continuado de estas. Los estadios de este modelo son los siguientes: en primer lugar cuando no pasa por la cabeza de la persona el consumir sustancias, en segundo lugar cuando se está pensando en iniciar ese consumo, el siguiente estadio es cuando se quiere consumir en un futuro no lejano, el cuarto es cuando se comienza con el consumo y por último cuando el consumo es continuado en el tiempo. Este modelo lo que hace es orientar a los jóvenes hacia el no consumo y que se mantengan en esa posición. (Becoña, 2002: 145).

-Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al (1998) conocido también como el efecto Pigmalión: la familia es el elemento básico de socialización pero nos influye mucho el cómo nos puedan ver el resto de las personas y el modo en el que nos traten, por lo tanto aunque la familia nos conduzca por un camino todo lo externo nos puede afectar mucho y por ello podemos cambiar nuestras conductas (Becoña, 2002: 149).

-El modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996) está basado en la autorregulación, posee dos elementos clave que son el control personal y la eficacia. Los estudios han demostrado que conforme pasa el tiempo las personas consumen menos drogas (Becoña, 2002: 151)

-La teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996): madurar y tomar responsabilidades de adultos en la adolescencia facilita el éxito cuando se es adulto porque esos roles ya están adquiridos.

-El modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz (1992) se basa en los siguientes factores para explicar el abuso de las drogas que son los neurológicos y genéticos, predisposición a conductas problemáticas, factores psicológicos y psicopatológicos y los factores sociales y ambientales.

-El modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos (1996) está compuesto por tres factores: la predisposición, el uso de drogas y el sistema permitido.

-La teoría de la socialización primaria propuesta por Oetting (1998) y colaboradores es creada para completar todas las otras teorías mencionadas anteriormente. Pone su centro de atención en las conductas que son problemáticas y su punto de partida son las conductas sociales, ya que piensa que todas las conductas son aprendidas. (Becoña, 2002: 161)

#### *4.4.3. Teorías integrativas y comprensivas*

Por un lado están basadas en la integración de distintos componentes de diversas teorías y por otro lado son el planteamiento de una teoría comprensiva que permita explicar por sí sola la problemática.

-El modelo de promoción de la salud: según la Declaración de Yakarta ( World Health Organization, 1997) todo ser humano tiene que tener el derecho a la salud para poderse desarrollar social y económicamente. Intenta ser un modelo que sirva para toda la humanidad (Becoña, 2002). Además este modelo utiliza una serie de estrategias según Green y Kreuter, 1991 que son las siguientes: en primer lugar hay que establecer una política que sea pública y al mismo tiempo saludable, apoyar la salud a partir de diversos entornos, fortalecer una acción comunitaria para la salud, despertar el interés en las personas para que desarrollen habilidades personales y por último reorientar los recursos sanitarios.

-La teoría del aprendizaje social de Bandura 1986 es una de las más importantes en el trabajo de las drogodependencias y está basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto con el ambiente en que se desarrolla la conducta. Para poder trabajar el campo de las drogodependencias, los programas preventivos más importantes parten de esta teoría que pauta el modo adecuado de trabajarlas teniendo en cuenta el inicio, mantenimiento y el abandono de las mismas. Esta teoría insiste mucho en la confianza que deposita en las personas para poder dejar las drogas desde dos puntos de vista el primero como componente central de la misma y el segundo como elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de conducta (Becoña, 2002: 182)

-La conducta problema de Jessor y Jessor (1977) es un punto de referencia de la teoría para la conducta de los adolescentes que considera que hay tanto factores de riesgo como de protección, conductas de riesgo y unos resultados de riesgo. Por todo ello esta



teoría lo que quiere conseguir es reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con un cambio de estilo de vida en los adolescentes. El individuo y el contexto social son los que tienen gran parte de responsabilidad.

-A partir del desarrollo de un programa preventivo de drogas encontramos el modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin. El programa preventivo se llama “Tú Decides” y fue elaborado por Calataf et al. 1992, el cual, está basado en el modelo de estilos de vida y factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. La familia, la relación con los compañeros y los padres, la personalidad y la información entre otros son los factores de riesgo y protección para Calataf. Para él la prevención tiene que estar orientada en influir en estos factores de riesgo y de protección para poder evitar el consumo.

-Modelo de autocontrol de Santacreu et al., 1991-1992 se basa en el autocontrol partiendo de un modelo biopsico-social y consideran que el problema está en que el adolescente busca en otros lugares el apoyo que le ofrecían anteriormente para poder tener independencia de sus padres.

Factores de riesgo y factores de protección:

En primer lugar debemos tener en cuenta lo que significa factor de riesgo y factor de protección con respecto al consumo de drogas según Clayton.

- Factor de riesgo: “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992: 15).
- Factor de protección: “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o acentúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992: 16).

Antes de realizar un programa de prevención tenemos que intentar encontrar cuales son esos factores de riesgo y de protección del consumo para saber las causas que provocan esos consumos e incluso por qué los mantienen. Tanto un factor como el otro van siempre paralelos al proceso de socialización y se ven implicados los siguientes agentes:

-La familia: con ella nos socializamos, aprendemos y adquirimos nuestros valores, normas, actitudes y sobre todo con la familia es donde comienzan las primeras conductas. Las consecuencias de todo esto es lo que forma al niño y por lo tanto determina la forma de ser en su niñez y adolescencia. Por otro lado hay que tener en cuenta que en la familia surgen en muchas ocasiones los primeros consumos, ya que en ocasiones son los propios miembros de la familia los que consumen distintas sustancias o incitan al consumo.

-La escuela, los compañeros y amigos : muchas veces según el círculo de amistades con las que te mueves incitan a consumir drogas, sobre todo cuando las personas no son capaces de decir que no debido a que no tienen habilidades suficientes o son vulnerables. Por lo tanto nuestras relaciones sociales en ocasiones aumentan el riesgo de consumo.

(Becoña 2002) afirma que todos estos agentes están relacionados entre sí y que lo importante es conocer el problema de cada persona para poder encontrar los factores de riesgo que pueden alterarle e incitarle al consumo y reducirlos rápidamente aumentando al mismo tiempo los factores de protección.

Conocer a los adolescentes vulnerables a estos problemas de conducta, ya sea por problemas de socialización o conductas no debidas es de gran importancia tanto para toda la sociedad como para ellos mismos. En esta etapa es donde tendría que haber mayores factores de protección porque conforme pasan los años, disminuye el consumo de las drogas. Por lo tanto una de las mejores maneras de realizar prevención es conocer estos problemas y así mejorar el bienestar tanto psicológico como biológico de las personas.

Newcomb y Bentler (1986,1988) afirman que consumir drogas en los primeros años de la adolescencia está asociado al abandono de estudios y a responsabilidades adultas en edad temprana, teniendo como consecuencia problemas en los roles de adultos, mayor posibilidad de divorcios, un trabajo no fijo, cambios emocionales y problemas en el ámbito familiar.

EL modelo epistemológico del uso de drogas (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999) mantiene que consumir drogas está más influenciado por el número de los factores que incitan al consumo que por el tipo de factores de riesgo. Lo más importante es conocer los

## Consumo de alcohol y su prevención desde la educación primaria

diversos factores de protección y riesgo, ya que cuanto más y mejor los conozcamos más fácil será encontrar las causas del consumo o no consumo de drogas.

Gardner et al, en el año 2001, realizaron una publicación con un listado de factores de riesgo y de protección.

Tabla 2. Factores de riesgo y de protección. Gardner et al, en el año 2001

Factores de riesgo	Factores de protección
<b>Nivel individual</b>	
Rebeldía, amigos que se implican en conductas problemas, iniciación temprana en la conducta problema, relaciones negativas con los adultos propensión a buscar riesgo o a la impulsividad.	Oportunidades para la implicación prosocial, refuerzos y reconocimientos por la implicación prosocial, creencias saludables y claros estándares de conducta, sentido positivo de uno mismo, actitudes negativas hacia las drogas y relaciones positivas con los adultos.
<b>Grupo de iguales</b>	
Asociación con iguales delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas, asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad y la susceptibilidad a la presión de los iguales negativa.	Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras, la resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas y la dificultad para ser influenciado por iguales.
<b>Familia</b>	
La historia familiar de conductas de alto riesgo, problemas de manejo de la familia, conflicto familiar, actitudes parentales e implicación en la conducta problema.	El apego, las creencias saludables y claros estándares de conducta, altas expectativas parentales, un sentido de confianza básico y dinámica familiar positiva.
<b>Escuela</b>	
Temprana y persistente conducta antisocial, fracaso académico desde la escuela elemental y un bajo apego a la escuela.	Las oportunidades para la implicación prosocial, los refuerzos y reconocimientos para la implicación prosocial, creencias saludables y claros estándares de conducta, cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro y clima instruccional positivo.

## Consumo de alcohol y su prevención desde la educación primaria

Comunidad	
Disponibilidad de drogas, leyes y norma de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas, depravación económica y social externa, transición y movilidad y bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria.	Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad, descenso de la accesibilidad a la sustancia, normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes y redes sociales de apoyo dentro de la comunidad.
Sociedad	
Empobrecimiento, desempleo y empleo precario, discriminación y mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación.	Mensajes en los medios de comunicación de resistencia al uso de drogas, descenso de la accesibilidad, incremento del precio a través de los impuestos, aumentar la edad de compra y acceso y leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas.

Fuente: Elaborado por el Center for Substance Abuse Prevention, el CSAP norteamericano.

Cuanto más conocimientos se tengan de los factores de riesgo y protección, mejor se podrán conocer las causas por las cuales las personas consumen esas drogas o no las consumen y además se podrán llevar a cabo programas de prevención más efectivos y mucho más adecuados.

Ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela:

Ámbito 1: Promoción de la Salud

Todo centro educativo que promueve la salud integra las cinco estrategias propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que son: el desarrollo de las habilidades personales, el fomento de la integración de la escuela, la familia y la comunidad, crear un entorno saludable para todos los miembros del centro educativo, realizar una reorientación e innovación en las prácticas educativas y por último mejorar las políticas y normativas escolares

Desde la Carta de Ottawa (OMS, 1986) las iniciativas de promoción de la salud han ido evolucionando aunque todas ellas coinciden en que cualquier aspecto que rodea al niño dentro del centro escolar es importante para promover la salud en esta persona y en las personas que lo rodean.

Las Escuelas Promotoras de Salud son centros educativos que dan más prioridad en sus proyectos educativos a la salud entendida como una forma de vivir autónoma, solidaria y divertida y al bienestar de toda la comunidad educativa. Su funcionamiento implica un gran compromiso por parte del centro educativo y participación de toda la comunidad. Las metodologías que se emplean en estas escuelas son cooperativas y se combinan dos tipos de aprendizajes que son el individual y el grupal. Por lo tanto con este tipo de aprendizaje un centro educativo promotor de la salud permite que el alumno experimente a la hora de adquirir su aprendizaje facilitando su desarrollo personal y social.

Por otro lado los objetivos de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la salud (St Leger et al., 2010) están orientados hacia el bienestar y la salud de la persona, en este caso los estudiantes, de sus familias y de toda la comunidad educativa. Las escuelas implicadas en la promoción de la salud crean condiciones favorables, ya que favorecen el trabajo entre iguales y fomentan la participación.

La relación entre la salud y la educación es muy importante para el alumnado, (Brooks, 2014) destaca cuatro conclusiones que afectan al alumnado:

- Los alumnos que tienen mejor salud y bienestar superan con más facilidad los objetivos académicos y obtienen mejores resultados.
- El desarrollo de competencias y habilidades sociales está relacionado directamente con el estado de salud y bienestar más positivo.
- El lugar en el que se encuentre la escuela nos influye en la salud, en el bienestar y en el aprendizaje.
- Hay una relación muy directa entre la práctica de actividad física y los resultados académicos que el alumnado obtiene.

En el año 1995 la OMS lanzó una iniciativa denominada Iniciativa de Salud Escolar Global para que las actuaciones que se llevan a cabo dentro de las escuelas se fortaleciera y por otro lado para promover la salud en las escuelas mediante el desarrollo de las escuelas promotoras de salud. Este movimiento surge en Europa cuatro años antes que la anterior iniciativa nombrada, es decir, en el año 1991 con la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) promovida por la OMS. La finalidad de esta

red es apoyar a todas las organizaciones y profesionales que están implicados en la promoción de la salud en las escuelas para integrar a éstas en las políticas que se desarrollen entre los sectores de la educación y la sanidad en Europa.

Por otro lado tenemos también la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), la cual ha desarrollado diferentes actuaciones de salud tomando tres componentes principales: tomar la educación para la salud como un enfoque integral, crear y mantener en la escuela entornos de vida saludables y provisión de servicios para la salud, alimentación y vida activa.

En Europa tras la Declaración de Odense (Dinamarca), (4º Conferencia Europea de la Red Europea de Escuelas por la Salud de 2013) refuerza unos valores y principios para que se realice una intervención global teniendo en cuenta tanto las necesidades de cada comunidad educativa como los recursos que cada una de estas puedan tener.

Tabla 3. Valores y pilares

<b>Valores</b>	<b>Pilares</b>
Equidad	Enfoque global de la salud en la escuela
Sostenibilidad	Participación
Inclusión	Calidad educativa
Empoderamiento	Relación con la comunidad
Democracia	Evidencia

Fuente: Los ocho ámbitos de la educación para la salud (Gavidia 2016)

Con respecto al Funcionamiento y Organización de una Escuela Promotora de Salud hay que tener en cuenta los ámbitos de la Escuela Promotora de Salud, la organización de ésta y los factores condicionantes.

Las áreas de actuación que un centro educativo promotor de la salud puede desarrollar son según (Leger et al., 2010):

1. Políticas escolares saludables que promuevan el bienestar y la salud de los miembros de la comunidad.
2. El entorno físico de la escuela es muy importante porque es el lugar donde se llevan a cabo las actividades académicas y por lo tanto un centro escolar debe

tener suficiente espacio para desarrollar las diversas actividades, tiene que tener una seguridad, higiene y por supuesto no tiene que tener elementos que puedan contaminar.

3. El entorno social de la escuela está determinado por las relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa, la buena relación entre todos los miembros de la comunidad favorece el bienestar saludable.
4. Habilidades de salud individuales y competencias para la acción: los objetivos están en el currículum académico y en el Proyecto Educativo de Centro ya sea de forma transversal en las diversas materias o en tiempos y actividades.
5. Vínculos con la comunidad: tienen que tener relación con todos los servicios que tienen a su alrededor, ya que todos pueden aportar conocimiento y experiencias para aplicarlo en la escuela.

Las Escuela Promotoras de Salud siempre buscan aumentar las habilidades personales para la vida de las personas y para ello utilizan una metodología activa o cooperativa, partiendo siempre de un análisis inicial para conocer los aspectos que hacen que el alumno sea vulnerable. Una vez que ha realizado este análisis selecciona los objetivos, las experiencias de aprendizaje buenas para la intervención, los contenidos, las actividades y orientaciones. Para poder realizar la intervención educativa en primer lugar se apoya en un equipo de trabajo y en segundo lugar temporaliza esa intervención para realizar finalmente la evaluación de todo lo que ha hecho y volver al inicio a revisar y plantear los objetivos y estrategias que ha utilizado.

Toda Escuela Promotora de Salud tiene que tener una organización para que pueda comenzar a trabajar, poder realizar así su tarea y cumplir con los objetivos propuestos. Hay ocho factores clave que influyen en la implementación de la escuela promotora de salud (Samdal y Rowling, 2013):

En primer lugar es muy importante la planificación y formar el equipo de trabajo, una vez formado el equipo debe existir una integración por parte de los miembros y una institucionalización seguida del desarrollo profesional de todo el profesorado así como su liderazgo y gestión. Además es positivo que exista una buena relación y apoyo entre los miembros del equipo y que los alumnos participen. Por último tiene que haber una colaboración y trabajo en red y su vez una sostenibilidad de todas las actuaciones.

Hay dos factores que condicionan las Escuelas Promotoras de Salud que son la disponibilidad horaria debido a que en muchas ocasiones los profesionales que están implicados no tienen disponibilidad y entonces hay que recurrir a la improvisación y al voluntariado y por otro lado disponer de unos recursos económicos mínimos para darle autonomía al proyecto. Este recurso se determina desde las Consejerías de Educación y de Salud que se comprometen con los proyectos.

Aunque se tengan dificultades hay que ponerle remedio y para ello se deben realizar unas acciones que favorezcan la puesta en marcha de los proyectos y eliminar todas las barreras:

- Tener un reconocimiento y apoyo de las administraciones educativas
- Aumentar recursos humanos que disminuyan la ratio de los alumnos por aula y se tenga una atención sanitaria mejor.
- Incrementar los recursos financieros
- Tener en las aulas más tutorías entre los profesores, alumnado y padres.
- Formar a los profesores con respecto a la salud en el ámbito escolar.
- Poseer la figura de un coordinador del proyecto en cada centro.
- Favorecer la coordinación entre los profesionales.

En Aragón existe la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS) iniciada en 2009 que apoya a los centros educativos que priorizan la salud y el bienestar en su proyecto educativo y a su vez fomenta una buena difusión de las prácticas. Desde que se originó ha querido ser una iniciativa innovadora y ha introducido nuevas ideas y enfoques basados tanto en la evidencia como en la calidad en promoción de salud escolar. La red continúa los principios de la Red de Escuelas para la Salud en Europa y la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud.

Para que un colegio pueda formar parte de la RAEPS es necesario un trabajo continuo, una evaluación, una planificación, un desarrollo y por último una puesta en marcha de las iniciativas. Además permitir al centro formar parte de la Red de Escuelas por la Salud implica por un lado transmitir los valores y pilares que tiene establecidos y por otro lado diseñar unos criterios de evaluación que permitan evaluar y poder realizar cambios siempre que sea para mejorarla.



A continuación se nombran los requisitos obligatorios que todo centro debe cumplir para pasar a formar parte de (EPS):

- El centro debe comprometerse durante un tiempo de tres años con carácter renovable manteniendo constantemente un nivel adecuado de la actividad.
- La integración tiene que estar recogida en el Proyecto Educativo de Centro, en la Programación General Anual y en el Proyecto Curricular.
- La persona responsable es el coordinador y su equipo de trabajo tiene que estar formado por varios miembros.
- Interacción del centro con el entorno.
- Evaluación de las intervenciones para comprobar si son de calidad.

Dichos requisitos están supervisados por el equipo SARES (Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud).

La evaluación de estas escuelas tienen dos objetivos que son valorar si la intervención cumple con lo esperado sobre los determinantes de la salud (alimentación, actividad física saludable, salud emocional y convivencia, consumos de sustancias y pantallas, entorno saludable y seguro) y comprobar que haya una sostenibilidad de la estrategia de escuelas de salud tanto en la organización como en la programación.

Los informes que nos detallan los progresos de las escuelas promotoras de salud del curso 2013-2014 nos afirman lo siguiente:

Con respecto a la organización y gestión del centro destacamos los siguientes apartados.

-Implicación del profesorado en las actuaciones de salud en el centro: cuanto más grande sea el centro más complicada es la comunicación, organización e implicación de todo el profesorado.

-Funcionamiento del equipo de salud del centro: es el encargado de moverse para poder integrarse como EPS, las reuniones del equipo se realizan normalmente cada mes o cada tres meses debido a que existe buena disponibilidad y organización del centro teniendo en cuenta la utilización de las nuevas tecnologías como herramienta de coordinación.

-Implicación de las familias en las actuaciones de promoción de la salud: en educación infantil la colaboración es más cercana que en otras etapas educativas y es muy importante la participación de las familias en reuniones, tutorías, jornadas, etc.

Con respecto a la programación educativa del centro

-Integración de la educación para la salud en las diferentes áreas y materias y en la Acción Tutorial: trabajar con un enfoque transversal permite poder realizar proyectos globalizados, los contenidos que hay que trabajar están dentro del currículo, en la Programación General Anual, en el Proyecto Curricular de Centro y en las diversas programaciones de aula, por lo tanto forman parte de la vida diaria del alumno.

-Desarrollo de las habilidades para la vida del alumnado en la experiencia de Escuela Promotora de Salud: la escuela valora de forma positiva los logros que se han alcanzado habiendo una mejora progresiva condicionada por el proceso de maduración de los alumnos.

Con respecto a la actuación sobre determinantes de la salud

-Promoción de actuaciones dirigidas hacia una alimentación saludable: se refuerza la actuación en los comedores escolares promoviendo una dieta equilibrada, es muy importante la implicación de las monitoras del comedor.

-Fomento de una actividad física favorable a la salud: el área de Educación Física al poder utilizar diversos espacios se encuentra en un grado muy alto de integración.

-Mejora de la salud emocional y convivencia escolar: en la EPS se llevan a cabo muchas iniciativas para promover un buen clima de clase mediante las habilidades sociales, la inteligencia emocional, la mejora de la autoestima, la resolución de conflictos, la relajación y la creación de un ambiente de respeto y diálogo.

-Promoción de la salud frente al consumo de sustancias y de pantallas: lo importante es comenzar la intervención desde edades tempranas y a partir del tercer ciclo de educación primaria intensificar esas intervenciones. Para ello se realizan diversos talleres preventivos, campañas y realización de anuncios entre otras.

-Promoción de un entorno educativo saludable, seguro y respetuoso con el medio ambiente: es uno de los aspectos prioritarios para los centros comenzando por las aulas, los pasillos, los patios, etc.

Para acabar una Escuela Promotora de Salud permite orientar su intervención sobre las cinco áreas clave de la promoción de la salud que son el desarrollo de habilidades

personales, potenciar las relaciones escuela-comunidad, crear entornos favorables, integrar la salud y el bienestar y mejorar la organización y las normativas internas. Además se ha comprobado que el alumno que tiene buena salud llega a alcanzar mejores resultados, por lo tanto está demostrada la sólida relación entre la salud y la educación.

### Ámbito 3: Adicciones

La promoción de la salud forman el marco y la estrategia perfectamente adecuada para poder desarrollar una educación relacionada con las drogas cuyo objetivo final es dotarle a las personas de un poder, que es el de llevar una vida lo más sana posible.

Las personas cuanto más sanas sean más recursos tienen para comprometerse con una sociedad justa y saludable pero a la hora de desarrollarlo en los centros escolares hay muchas dificultades por varios motivos como son: la variabilidad del fenómeno que provocan las sustancias, la complejidad del hecho educativo pasando por diferentes funciones y la diversidad de los contextos en que las personas y las acciones educativas son desarrolladas.

Además según un informe realizado por la Fundación Alternativas (Norte de Castilla, 17.03.13) ningún país ha sufrido un retroceso como España y es todo debido a la crisis que está sufriendo el país porque se ha recortado en sanidad, en educación y en prestaciones sociales, lo cual ha provocado más vulnerabilidad en diversos sectores.

Un pensamiento crítico nos puede aportar elementos positivos para la práctica educativa ante las drogas. Si además a este le añadimos el apoyo de las teorías sociales tendremos buenos instrumentos para reflexionar, buenos criterios y buenas estrategias de acción educativa.

El enfoque social cumple las exigencias de la promoción de la salud en el sentido defendido por la OMS que defiende un trabajo de toda la comunidad, una reorientación de los servicios y unas políticas saludables. Como consecuencia se desarrollan unos contextos donde las personas puedan tomar fácilmente conductas saludables.

Las escuelas deberían disponer de un proyecto de vida saludable y Salvador y Suelves (2009) nos muestran las razones que abundan en los centros escolares para incorporar en los proyectos educativos y curriculares de los centros un proyecto de vida saludable:

- Mejorar el clima interno del centro obteniendo mejores resultados académicos y educativos.
- Tanto en la infancia como en la adolescencia se desarrollan los principales hábitos de vida pero al tener una educación obligatoria desde los 6 a los 16 años se puede acceder con facilidad a toda la población infantil y adolescente.
- El profesorado dispone de una alta cualificación

En los centros educativos la Educación para la Salud todavía tiene muchas dificultades y en diversas ocasiones lo único que se realizan son programas que a corto plazo son eficaces pero se ha demostrado que a largo plazo no tienen mucha seguridad de que surjan efecto.

En el País Vasco se realizó un estudio en todos los PCPI sobre las drogas y las conclusiones que se sacaron de dicho estudio fueron las siguientes (Vega, Aramendi, 2012):

- Los profesores de estos centros son conscientes de las necesidades formativas que el alumnado necesita y opinan que los chicos tienen mayores necesidades de mejora que las chicas.
- Es importante capacitar al alumnado para que tome decisiones apropiadas y responsable sobre la salud.
- Los profesores reconocen que los contenidos relacionados con la educación para la salud se imparten de forma sistemática.
- Los servicios sociales y las instituciones especializadas en el ámbito de la salud son las que más se implican en apoyar a los programas.

La educación sobre las drogas la podríamos denominar también como la educación para la vida y tiene unos pilares, los cuales fueron señalados por Delors y otros (1996) en su informe elaborado por encargo de la Unesco. Los pilares son aprender a conocer, aprender a hacer aprender a ser y aprender a convivir teniendo en cuenta también el de ser feliz.

Freire (1994) nos señala que en toda situación educativa encontramos un sujeto, unos objetos de conocimiento que por supuesto el profesor tiene que enseñar y que los alumnos tienen que aprender, unos objetivos y unos métodos para que sus alumnos aprendan.

Dentro de la educación tenemos que hacer dos distinciones, por un lado la educación preventiva que sensibiliza e informa a los ciudadanos para que desarrollen estilos de vida saludables, positivos y autónomos y por otro lado tenemos la educación terapéutica que lo que pretende es mejorar todos los programas de tratamiento y reinserción para poder atender las necesidades de todos los individuos.

El profesorado presenta una serie de dificultades que hacen que la tarea educativa con respecto a las drogas no sea fácil, en muchas ocasiones los profesores tienen la información necesaria para trabajar pero no saben cómo abordar el tema debido a que no están capacitados para trabajarlo. Además las medidas de prevención en muchas ocasiones son puntuales y están ligadas a la acción tutorial lo que no permite trabajar día a día de una manera continuada y transversal. El sistema educativo tiene un carácter desigual debido a que en la etapa de educación primaria cuando los alumnos aún se consideran niños hay mucha protección pero después cuando pasan a secundaria tienen que tomar una serie de responsabilidades y por eso es tan importante dar una buena formación.

Los educadores tienen que tener claro que delante tienen a personas que en ocasiones van a perder o han perdido ya la autonomía y la libertad al estar consumiendo drogas. Por ello la educación tiene que dar respuestas ya sea de manera preventiva o terapéutica, eso sí sin olvidar que en cualquiera de los casos tiene que ser siempre educativa.

La intervención educativa se orienta por una serie de principios generales y está siempre coordinada entre los educadores teniendo en cuenta otras variables como son el trabajo en equipo y la organización acorde a los objetivos establecidos. Los principios generales son los siguientes:

- Ninguna actuación debe añadir nuevos problemas, el problema de las drogas es un problema de todos.
- La intervención no tiene que ser solo para las personas que tienen dificultades.
- En las intervenciones participará toda la comunidad educativa.
- Todas las actuaciones estarán recogidas en el proyecto educativo de centro.
- La enfermedad no es el consumo de drogas sino las consecuencias que causan estas en el individuo.

## **Consumo de alcohol y su prevención desde la educación primaria**

- Es importante que el individuo quiera ser tratado, ya que sin su consentimiento no se puede llevar a cabo.
- Toda la sociedad tiene que aceptar a las personas que tienen problemas con las drogas

Todo profesorado para poder educar sobre las drogas debe tener una serie de conocimientos mínimos: tiene que conocer los diversos factores personales y sociales, conocer los materiales y recursos educativos que pueden apoyar la tarea educadora tanto fuera como dentro del centro, comprender la política vigente con sus límites y recursos, deben tener un sentido crítico sobre todos los estudios actuales que están relacionados con el consumo de drogas y por último conocer las características de cada droga y los efectos que conlleva el consumir cada una de ellas.

Los alumnos deben sentir que los profesores quieren ayudarles demostrándoles entusiasmo y empatía entre otras cosas. Las actitudes básicas que corresponden con la tarea educativa relacionada con las drogas son las siguientes:

- Asume que es más un educador, animador y orientador que un profesor.
- Acepta sus propias limitaciones como educador sobre las drogas buscando ayuda en siempre que lo necesite.
- Respeta y confía en la familia de sus alumnos.
- Asume su responsabilidad crítica ante la compleja problemática social de las drogodependencias.
- Acepta que su acción educativa encuentre un sentido dentro del proyecto educativo de centro y dentro del compromiso de la comunidad.

Todo educador además de disponer de los conocimientos y las actitudes educativas ante las drogas tiene que saber transmitir los conocimientos a los alumnos que está tratando y así poder llegar a conseguir los objetivos propuestos en la acción educativa.

Algunas habilidades básicas son reconocer y trabajar con los estudiantes los temas sobre las drogas, habilidad para trabajar individualmente con alumnos que tienen problemas de educación, habilidad para relacionarse con otros profesionales implicados en la prevención o tratamiento de drogodependencias y habilidad para elaborar un currículum y sus adaptaciones oportunas.

Para obtener unos resultados es importante que la educación sobre las drogas en la escuela vaya acorde con la acción educativa sobre las drogas.

## **5. ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2000/2008**

### **5.1. Análisis de la realidad**

La década de los 90 fue una década de cambios donde el escenario era muy diferente y más complejo que el de la década anterior, se empiezan a consumir nuevas drogas llamadas de síntesis que anteriormente no se consumían y cambia la forma en que son consumidas por los jóvenes, ya que se consume fuera del ámbito familiar los fines de semana en lugares públicos cuya finalidad es la diversión.

Hay que destacar la heroína que es la droga que más tiempo de dedicación ha necesitado y hoy en día su consumo es estable e incluso se ha reducido. Los drogodependientes poseen grandes problemas tanto a nivel familiar como a nivel individual. El consumo de drogas cada vez está más normalizado dentro de la sociedad y por lo tanto ya no causa tanta alarma.

El alcohol se puede decir que es la sustancia más consumida por los españoles en lugares públicos durante los fines de semana como forma de diversión. Los estudios demuestran que las personas mayores de 49 años son las que realizan un consumo diario, lo que provoca una percepción del riesgo muy pequeña que además complica la aplicación de las estrategias adecuadas para la prevención.

“La Estrategia Nacional sobre Drogas plantea un análisis del fenómeno de las drogas desde una perspectiva global e integrada por lo que contempla diferentes áreas para la intervención agrupadas en tres niveles: reducción de la demanda, reducción de la oferta y cooperación internacional para evitar situaciones de conflictividad” (Estrategia Nacional sobre drogas 2000/2008 p. 40).

### **5.2. Prevención en el ámbito educativo**

El Plan Nacional sobre Drogas tiene como objetivo prevenir los consumos y trabajar en las consecuencias que éstos provocan, principalmente en el alcohol y el tabaco que son consumos de carácter recreativo. Sus principios de actuación son 4:

- Trabajo en conjunto de diversos ámbitos además de las administraciones y la sociedad.

- Responsabilidad compartida con otras personas y participación de los ciudadanos.
- Promoción de la educación para la salud desde las escuelas para poder crear programas y actuaciones.
- Áreas de prevención que contengan un conjunto de medidas que sirvan para proteger y reducir las enfermedades y trastornos asociados.

Desde el ámbito escolar se debe implicar a profesores, padres y alumnos para realizar las actuaciones pertinentes a través de la educación para la salud. Es muy importante trabajarlo como materia transversal con alumnos que sean vulnerables y tengan fracaso escolar.

Todas las actividades que se vayan a desarrollar tienen que estar dentro del proyecto educativo del centro y estarán dirigidas por los profesores. Estos deben ser ayudados con materiales preventivos adaptados a la edad de los alumnos con los que vayan a trabajar y además tendrán que trabajar otros temas como por ejemplo la higiene y la autoestima que se consideran factores que protegen el consumo de las drogas.

## **6. ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2009/2016**

### **6.1 Análisis de la realidad**

Desde hace más de diez años, nuestro país tiene un número muy importante de sistemas tanto de información como de investigación que facilitan todos los datos relacionados con el tema de las drogas y las drogodependencias. Todos estos datos españoles se pueden analizar y comparar con los de otros países.

Las encuestas las realizan a través de la Delegación del Gobierno para el PNSD desde mitad de los años noventa pero desde el año 2005 se han potenciado. Las dos encuestas que se llevan a cabo son: la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) realizada a personas de 15 a 64 años y la Encuestas Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) realizada a personas de 14 a 18 años. (Estrategia PSND 2009-2016 p. 31)

Además desde el año 1987 hay una serie de indicadores que cada año ofrecen datos a las administraciones sobre el consumo de las drogas, la cantidad de gente que ha ido al hospital de urgencia por este tema y el número de fallecimiento de personas



consumidoras. A nivel policial y judicial también hay sistemas que informan sobre las detenciones por tráfico de drogas, procedimientos judiciales, etc.

Como fuentes más importantes que nos proporcionan información tenemos en primer lugar los Planes Autonómicos de Drogas, posteriormente las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y la Fiscalía Especial Antidroga y por último las Administraciones Locales y la Federación Española de Municipios y Provincias. (Estrategia PSND 2009-2016 p. 32)

- Evolución de los consumos y de los problemas asociados:

A mediados de la década de los años ochenta se inició el Plan Nacional sobre Drogas, se ha comprobado que desde esos inicios hasta la actualidad el perfil de las personas consumidoras ha cambiado mucho. Hasta comienzos de los años noventa la droga que más impacto tenía era la heroína, la cual, provocaba una situación de marginalidad en la persona que la consumía, mucho peligro en la integridad de la persona y alto porcentaje de poseer infecciones como el VIH y el SIDA. Como dato importante hay que destacar que entre los años 1981 y 2005 ocasionó 48.565 muertes. (Estrategia PSND 2009-2016 p. 32).

A mitad de los años noventa disminuye las personas que consumen drogas ilegales y disminuye al mismo tiempo el número de nuevos consumidores de heroína frente al aumento de consumidores de cannabis y cocaína en polvo. El consumo de estas sustancias se conoce como “consumo recreativo”, ya que se realiza en lugares de ocio.

Durante la primera Estrategia Nacional de Drogas se destacan los siguientes elementos relacionados con el consumo:

- De poco en poco disminuye el número de personas que consumen drogas a través de las venas.
- Existen entre los consumidores altos niveles de infecciosos con VIH y hepatitis.
- Se estabiliza e incluso baja el número de consumidores de cannabis y cocaína.
- Baja muy despacio el número de fallecidos relacionados con las drogas ilegales.
- El consumo de la heroína fumada después de unos años de estabilización se incrementa un poco.
- Baja el consumo del tabaco y el número de personas que consumen alcohol.

Después de todos los estudios aparece el cannabis como la droga ilegal más consumida por los españoles seguida de la cocaína y con respecto al tabaco y al alcohol las últimas encuestas realizadas muestran una reducción del consumo.

- Impacto de los consumos: morbilidad, mortalidad, y otros costes sanitarios y sociales.

Los daños tanto a nivel sanitario como a nivel social aparecen de varias formas:

- Cuando la persona se considera ya adicta o dependiente podemos estar hablando de una enfermedad como tal, es decir, la persona está intoxicada de continuo o en muchas ocasiones y entonces necesita tomar esa sustancia y le es muy difícil cambiar ese consumo o incluso llegar a abandonarlo.
- Cuando en varias ocasiones ha presentado sobredosis, es decir, ha tomado mucha más droga de la que su cuerpo es capaz de soportar y muere.
- Cuando el consumidor se contagia debido a que comparte medios de administración con otros consumidores.
- El consumo puede generar otras enfermedades como por ejemplo la hepatitis o enfermedades neurológicas
- Los problemas de salud son tanto para las personas consumidores como para aquellas que se encuentra en su entorno más cercano.

Es muy importante destacar que en el año 2006 se produjeron 49.283 admisiones a tratamientos por abuso de sustancias psicoactivas y la tasa global para el conjunto de España fue de 112,7 casos por cada 100.000 habitantes. (Estrategia PSND 2009-2016 p. 37).

Con respecto al alcohol los resultados de las pruebas toxicológicas realizadas por el Instituto Nacional de Toxicología muestran que en el año 2003, el 34,7% de los conductores fallecidos en accidentes de tráfico superaban los 0,3 g/l de alcohol en sangre. En el año 2006, este porcentaje había descendido al 28,8%. (Estrategia PSND 2009-2016 p. 38).

“Por otra parte, los resultados de los controles preventivos de alcoholemia llevados a cabo por la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil muestran un descenso considerable de los positivos en el año 2007 (2,38%) con respecto al porcentaje registrado en 2003 (4,18%)”. (Estrategia PSND 2009-2016 p. 38).

- Evolución del tráfico de drogas y aspectos asociados

Por España circulan muchas más sustancias que en otros países. Es importante destacar que los niveles de consumo son bajos con respecto a la cantidad de droga que hay en el país.

Desde el año 1997 hasta el año 2006 se ha pasado de 14.922 detenciones por tráfico de drogas a 16.766, es decir, se ha mantenido bastante estable pero con respecto a las denuncias por consumo o pertenencia se han aumentado en el mismo periodo de 63.855 a 218.656.

## **6.2. Prevención en el ámbito educativo**

La prevención del consumo se propone:

1. Concienciar a las personas de los gastos que produce el consumo y los problemas que pueden acarrear tomar diversas sustancias.
2. Educar a las personas a saber decir no a la oferta de droga.
3. Retrasar la edad de inicio, ya que muchas personas tienen contacto con las drogas desde una temprana edad.

Es importante diferenciar y separar los objetivos y actuaciones que van dirigidas a un “consumo habitual” con respecto al “consumo ocasional” porque las circunstancias que los rodean no son las mismas.

“La prevención del consumo es el ámbito clave sobre el que se apoya la nueva Estrategia 2009-2016 teniendo en cuenta los siguientes aspectos estratégicos:

- Fortalecer y ampliar el desarrollo y aplicación de políticas y programas de protección y control, prestando especial atención a aquellas personas y grupos de población expuestos a un mayor número de factores de riesgo y, por tanto, particularmente susceptibles a desarrollar problemas en relación con las drogas.
- Fomentar la cultura de la evaluación de los programas entre los profesionales del sector, proponiendo y apoyando a los Planes Autonómicos en el desarrollo de procesos de gestión basados en los resultados de las evaluaciones.
- Impulsar la investigación y la transferencia de tecnología de relevancia.”  
(Estrategia PSND 2009-2016 p. 60,61).

La comunidad educativa junto con las familias son el motor de socialización de las personas. Para que se obtengan buenos resultados de la educación sobre las drogas es

importante que se impliquen los alumnos, las familias y los profesores y también es muy importante que exista una buena coordinación de todos ellos con los recursos sociales y sanitarios.

## **7. ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES 2017/2024**

### **7.1. Análisis de la realidad**

Según la Estrategia Nacional sobre Adicciones las sustancias adictivas que están legalizadas (alcohol, tabaco y determinados fármacos) son las que poseen un mayor número de consumidores. Por otro lado es evidente como las nuevas tecnologías son facilitadoras y potenciadoras de algunas conductas adictivas.

La ENA 2017-2024 se articula alrededor de dos metas que tienen diferentes objetivos estratégicos agrupados en varias áreas de actuación y apoyadas al mismo tiempo en seis áreas de actuación transversales.

Las metas son dos, por un lado “alcanzar una sociedad más saludable e informada mediante la reducción de la demanda de drogas y de la prevalencia de las adicciones en general” y por otro lado “tener una sociedad más segura a través de la reducción de la oferta de drogas y del control de aquellas actividades que puedan llevar a situaciones de adicción”. (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. p. 5).

“Las áreas de actuación transversales comprenden: la coordinación, la gestión del conocimiento, la legislación, la cooperación internacional, la comunicación y la difusión y la evaluación y la calidad”. (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. p. 5).

La Estrategia se llevará a cabo a través de dos Planes de Acción que van seguidos, con una duración de cuatro años, de 2017 a 2020 y de 2021 a 2024. En ellos se incluirán las acciones específicas que se tienen que desarrollar y los indicadores e instrumentos de evaluación de todas estas acciones.

Según la ENA “las fuentes más importantes que proporcionan información son los Planes Autonómicos de Drogas, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, las Policías Autonómicas y la Fiscalía Especial Antidroga, las Administraciones Locales y por último la Federación Española de Municipios y Provincias.” (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. p. 7).

## Consumo de alcohol y su prevención desde la educación primaria

Desde el año 1987 hay unos indicadores que proporcionan información anual sobre las nuevas personas que necesitan tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, de las urgencias hospitalarias, del número de personas fallecidas, del consumo que es problemático y por último de las personas infectadas por el consumo de las drogas.

Además se realizan dos tipos de encuestas por parte del Gobierno para el PNSD que son la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y la (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). También se pueden realizar otro tipo de encuestas como por ejemplo la del Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre Crimen Organizado y Drogas (SENDA) que recogen información de tipo policial y judicial.

Según la ENA el consumo de drogas ilegales en España sigue estando muy presente y es una amenaza en nuestra sociedad para la salud y el bienestar que afecta a muchos millones de personas.

Las drogas que más se consumen en España según EDADES 2015-2016 entre la población de 15 y 64 años, son legales: el alcohol y el tabaco seguidos de los hipnosedantes. Frente a estas están las drogas ilegales y las más consumidas en el último año son el cannabis y la cocaína.

Tabla 4. La situación de las adicciones en España desde la perspectiva de género

<u>Mujeres e hipnosedantes</u>	<u>Mujeres y alcohol</u>
-El consumo de esta droga es oculto y es casi el doble en mujeres que en hombres.	-La OMS (2010) ha identificado el consumo abusivo de alcohol como uno de los factores de riesgo contra la pareja y violencia sexual.
-En 2015 3.732.00 personas consumieron siendo un 65% mujeres y además el 57% tiene entre 45 y 64 años.	-Las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de posibilidades de tener problemas con el alcohol.
- 544.000 mujeres empezaron a consumir en el 2015.	-La mujer sufre por partida doble como víctima el consumo excesivo de alcohol. Por un lado con la violencia ejercida sobre ella por la pareja que consume y por otro teniendo ella misma problemas de consumo.
-El mayor inicio de consumo es entre las mujeres de 45 a 54 años.	
-Entre todas las mujeres consumidoras hacen un total de 775.762 personas.	

Fuente: Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017/2024

La ludopatía es otra conducta adictiva reconocida por la Asociación de Psiquiatría Americana desde el año 1980 (DSM-5, APA, 2013) y por la Organización Mundial de la Salud que lo clasifica en el año 1992 como una enfermedad. El juego patológico es un trastorno que tiene diversas causas entre las que intervienen factores de riesgo ambiental, psicológicos y biológicos. La edad media de inicio en el juego está en los 19 años aunque un porcentaje alto de personas reconoce haber jugado antes de los 18 años siendo las máquinas de juego el instrumento de iniciación al juego y el causante de los problemas.

Según los datos de ESTUDES (2014-2015), el 18% de la población de adolescentes y jóvenes de entre 14 y 18 años utiliza las nuevas tecnologías de forma abusiva.

Con respecto a la conducción y las drogas, “el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF, 2016), notifica un total de 900 fallecidos por accidente de tráfico. El 43% de los conductores fallecidos presentaron alguna sustancia psicoactiva, siendo hombres el 91,6% de ellos. El alcohol aparece en el 28,8%, las drogas de comercio ilegal un 13,6% y los psicofármacos un 11,4%” (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. p. 14).

Según la ENA, las nuevas sustancias psicoactivas representan graves amenazas a la salud porque han estado cada vez más disponibles, ya sea en el mercado abierto o en internet. “En el año 2015, según el Informe Europeo sobre Drogas 2016, se notificaron por primera vez, a través de la Red de Alerta de la UE, un total de 98 NSP, lo que elevó el número de nuevas sustancias a más de 560, de las cuales el 70% se ha detectado en los últimos cinco años”. (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. p. 18).

## **7.2. Prevención en el ámbito educativo**

Según la END 2009-2016, en nuestro país hay programas muy variados de prevención orientados básicamente en las personas. La oferta está muy centrada en la educación trabajando a través de programas de prevención ambiental que garanticen la cobertura universal de programas basados en la evidencia y sobre todo que cumplan con los criterios de calidad aprobados por cada una de las CC.AA.

Todas las intervenciones preventivas tienen como objetivo reducir todos los factores de riesgo y al mismo tiempo aumentar todos aquellos que son de protección frente al consumo de drogas y otras conductas de adicción.

Los objetivos estratégicos de esta estrategia son: “reducir la presencia y promoción de las drogas y de otras conductas susceptibles de generar adicción, limitar la accesibilidad de los menores a las drogas y a otras conductas susceptibles de adicción, promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego TICs) y contar con la participación ciudadana a este propósito, reducir la injustificada percepción en la sociedad y especialmente en menores, desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción, promover conductas y hábitos de vida saludable y detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo”. (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. p. 36).

## **8. II PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS 2010/2016 DEL GOBIERNO DE ARAGÓN**

### **8.1. Análisis de la situación**

Analizar la situación ayuda a realizar un plan estratégico dando los datos necesarios para poder saber cuáles son las características de los consumos que más problemas tienen, las necesidades y poner en marcha esas actuaciones según el nivel de afectación. Es muy importante que la información proceda de varias fuentes para poder ayudar a todos los implicado a la hora de tomar sus decisiones.

“El análisis de la situación para el Plan Autonómico se basa en la información proporcionada por las siguientes encuestas:

- Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en Aragón (EDADES) de 2007, realizada en población de 15 a 64 años y promovida por el Plan Nacional sobre drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas.
- Encuesta sobre drogas en población escolar (ESTUDES) de 2006 y 2008, realizada a estudiantes (14 a 18 años) de Enseñanza Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio en Aragón.
- Encuesta nacional de salud 2006, realizada por el Ministerio de Sanidad y Política Social en colaboración con las CCAA.
- Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud de 2006. Auspiciado por la OMS, recoge información de más de 40 países occidentales en

población de escolarización entre 11 y 17 años.” (II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas Aragón 2010-2016. p. 10)

El consumo de drogas en Aragón:

Lo más preocupante en la evolución del consumo de drogas es la temprana edad a la que se empieza a consumir y el modo de consumo, ya que ahora el consumo de los adolescentes y jóvenes se desarrolla en un ámbito asociado al ocio y forma parte del proceso de socialización y de integración en el grupo de iguales.

En los últimos diez años ha disminuido el número de personas consumidoras de drogas por vía parental, la mortalidad asociada al consumo de drogas psicotrópicas y al mismo tiempo ha descendido el consumo de cannabis y cocaína. Aunque haya disminuido el consumo de cannabis sigue siendo la droga más presente entre los jóvenes.

Consumo de Alcohol en Aragón:

El alcohol es la sustancia que más consumen los jóvenes de entre 14 y 18 años, sabiendo que un 84,8% lo han probado y por lo tanto consumido alguna vez a lo largo de su vida. Además los 13,5 años es la edad media de inicio de consumo sabiendo que conforme pasan los años, este consumo aumenta. El consumo se realiza en lugares públicos totalmente al aire libre como son las plazas, parques o calles.

Tabla 5. Porcentaje de consumo de alcohol “alguna vez en la vida”

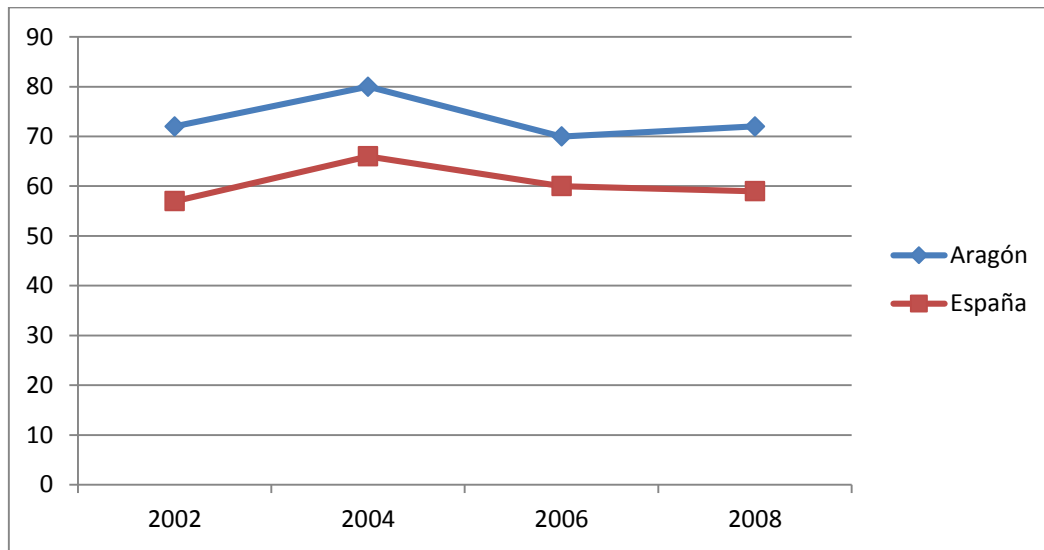
Consumo	2002	2004	2006	2008
	%	%	%	%
Alguna vez	85,5	90,0	85,7	84,8
En los últimos 12 meses	84,9	89,6	82,9	79,8
En los últimos 30días	72,1	79,9	67,9	70,2

Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas Aragón 2010-2016.p.13

El consumo en Aragón está por encima de la media de España aunque se aprecia una pequeña estabilización en el año 2008 con respecto al año 2006.



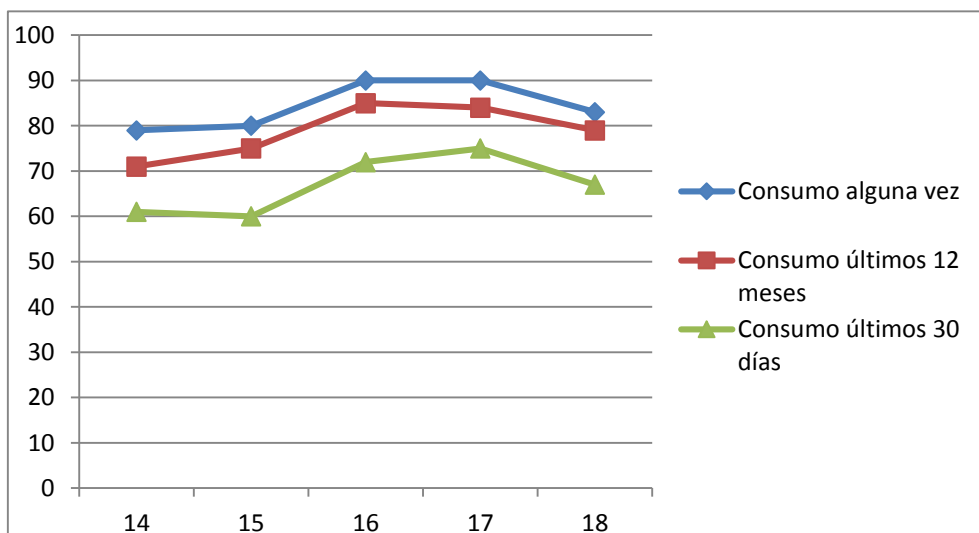
Gráfico 1. Porcentaje de consumo de alcohol en el último mes. Aragón. 2002-2008. 14-18 años



Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas Aragón 2010-2016.p.14

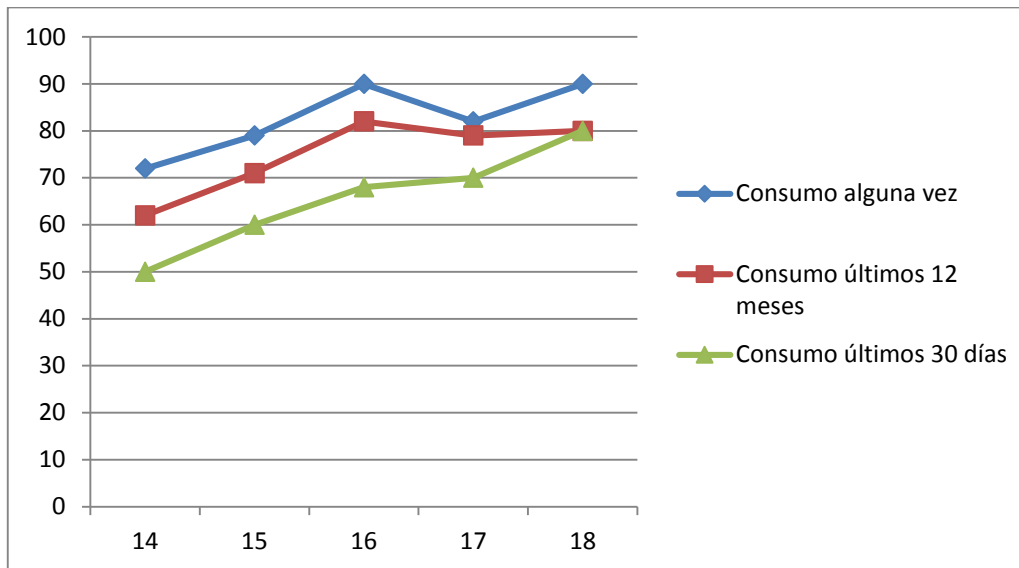
Según el sexo no se aprecian grandes diferencias en el consumo pero sí que es cierto que en las siguientes gráficas se puede observar que el consumo a la edad de 14 años es mayor en las chicas que en los chicos pero a partir de los 16 y 17 años aumentan el consumo en los chicos y por ello hace que la media de consumo entre los 14-18 sea mayor en ellos.

Gráfico 2. Porcentaje de consumo de alcohol en el último mes, según el sexo. Aragón. 2002-2008. 14-18 años (Mujeres)



Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas Aragón 2010-2016.p.15

Gráfico 3. Porcentaje de consumo de alcohol en el último mes, según el sexo. Aragón.  
2002-2008. 14-18 años (Hombres)



Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas Aragón 2010-2016, p.15

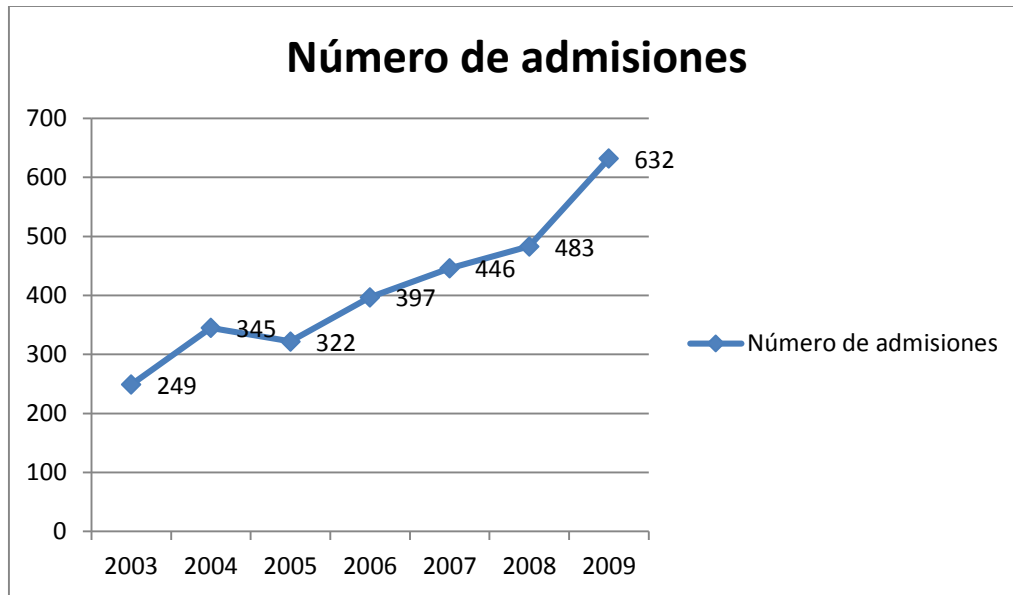
Según el nivel adquisitivo de las familias el nivel de consumo de alcohol entre los jóvenes varía. El 60,8% de los jóvenes con nivel adquisitivo alto en sus familias declaran que no se han emborrachado nunca frente a los que tienen nivel adquisitivo bajo que desciende al 54 %.

Con respecto a las borracheras en los jóvenes, el número es menor en las chicas que en los chicos siendo los porcentajes de 42,8% y 45,2% respectivamente. Por otro lado el consumo del alcohol en adultos sigue siendo bastante elevado, declarando que un 95,7% ha consumido alcohol alguna vez en su vida.

Durante el último año hay que destacar un dato bastante preocupante que es la conducción bajo los efectos del alcohol. Según los datos de los jóvenes de Aragón, el 22,5% al menos un día han viajado bajo los efectos del alcohol sea como copiloto o como conductor.

En la siguiente gráfica aparece el número de admisiones a tratamiento por alcohol en recursos específicos de atención. Se puede observar el gran aumento desde el año 2003 con un total de 249 personas hasta el año 2009 con 632. El mayor salto se produjo en el último año pasando de 483 personas a 632.

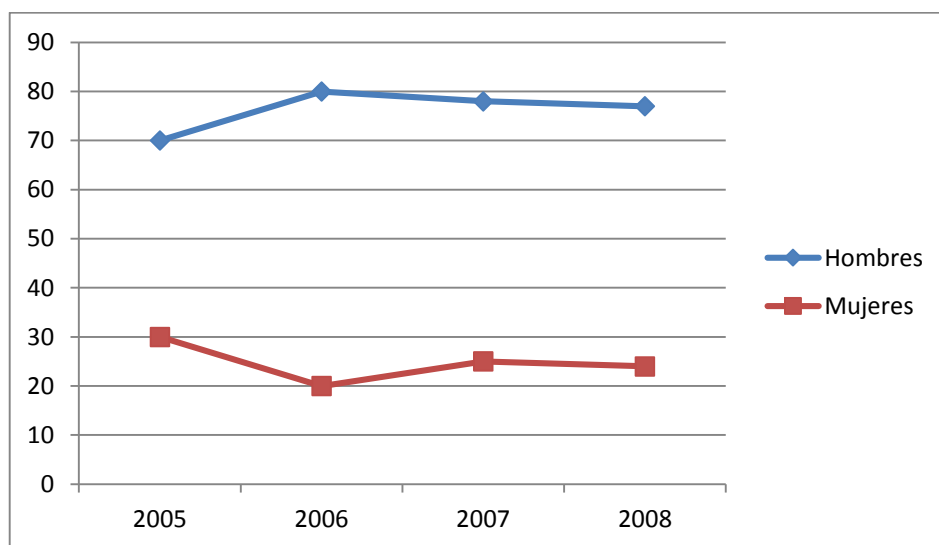
Gráfico 4. Número de admisiones a tratamiento por alcohol. Aragón 2003-2009



Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas Aragón 2010-2016. p. 16.

Con respecto a las urgencias por consumo de alcohol se lleva a cabo una monitorización en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. El porcentaje en hombres fue bastante superior al de mujeres.

Gráfico 5. Porcentaje de urgencias por consumo de alcohol, según sexo. H.C.U. *Lozano Blesa* de Zaragoza. 2005-2008



Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas Aragón 2010-2016. p. 17

Además en estos ingresos hay que destacar que son mayoritariamente en personas de edad adulta y se producen los fines de semana.

Tabla 6. Urgencias por consumo de alcohol. Distribución porcentual por grupos de edad. H.C.U *Lozano Blesa* de Zaragoza, 2005-2008.

	2005	2006	2007	2008
	%	%	%	%
15-19	10	7	8	6
20-24	10	14	11	10
25-29	12	12	9	9
30-34	8	12	6	14
35-39	16	15	22	18
40-44	16	17	12	16
45-49	14	11	17	10
50-54	14	12	15	15
Desconocido	0	0	0	2

Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas Aragón 2010-2016. p. 18.

## 8.2. Prevención

### 8.2.1 Prevención en el ámbito educativo

La Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016 acentúa que es muy importante mejorar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de las drogas y también mejorar y aumentar la formación de los profesionales que trabajan en este campo para poder evaluar mejor los programas y actuaciones que se llevan a cabo. También propone continuar y hacer más extensos los programas preventivos escolares enmarcados en la estrategia de Red de Escuelas Promotoras de Salud haciendo hincapié en la insistencia de la integración de estos programas en el proyecto educativo así como la coordinación con los recursos preventivos que existen en el territorio local.

Objetivos:

- Aumentar la salud de los alumnos desarrollando actitudes, valores, habilidades sociales y otros recursos personales que permitan la protección.
- Garantizar una buena formación a todos los miembros de la comunidad educativa en prevención de drogodependencias y otras adicciones.
- Impulsar la coordinación entre los Departamentos de Salud y Consumo y Educación, Cultura y Deporte en prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas.

-Crear un buen canal de coordinación con la Universidad de Zaragoza en el marco de la Red de Universidades Saludables.

Líneas de actuación:

Según el II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras conductas adictivas las líneas de actuación son las siguientes:

“-Extensión de los programas escolares de educación para la salud que abordan los factores de riesgo y de protección frente a las adicciones.

-Desarrollo amplio de la estrategia de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud.

-Consolidación de la Comisión Mixta Salud- Educación y las Comisiones Provinciales como elementos de coordinación para las intervenciones de prevención en el ámbito educativo.

-Inclusión en los Planes de Formación de Profesorado y de las Federaciones de padres y Madres de actividades formativas acordes con la aplicación de los programas escolares de educación para la salud.

-Establecimiento de medidas de apoyo para la identificación e intervención sobre colectivos de escolares e situación especial de vulnerabilidad.

-Desarrollo de iniciativas de prevención de las drogodependencias con la Universidad de Zaragoza en el marco de la Red de Universidades Saludables.” (II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas. Aragón 2010-2016. p 33).

### **8.3. Recursos**

#### *8.3.1. Programas escolares de educación para la salud*

Niveles de prevención:

- Prevención universal: para retrasar la edad de inicio en los consumos y reducir los daños entre los menores de 18 años.
- Prevención selectiva: reducir los factores de riesgo y fomentar actitudes y comportamientos responsables ante los consumos de drogas en colectivos y grupos vulnerables.

## **Consumo de alcohol y su prevención desde la educación primaria**

- Prevención indicada: reducir los factores de riesgo y los propios riesgos del consumo en personas altamente vulnerables para evitar los usos problemáticos y el desarrollo de adicciones.
- Prevención determinada: reducir los riesgos y mitigar los daños en personas con drogodependencias.

Los Programas Escolares de Educación para la Salud son aquellos programas de educación que ofrecen las Comunidades Autónomas a los colegios para prevenir las drogodependencias.

- Órdago: comenzó en los centros escolares de Educación Secundaria el curso 2004-2005, su objetivo es que los alumnos sean suficientemente autónomos y adopten las actitudes necesarias para saber decir no a las drogas u otras situaciones que causen dependencia.
- Cine y salud: este programa va dirigido también a los alumnos de Educación Secundaria y se lleva a cabo desde el curso 2001-2002, su objetivo es tratar todo lo relacionado con la prevención de las drogodependencias y promover la salud desde el cine. Desde este programa se trabaja la dimensión relacional que trabaja los consumos de alcohol, tabaco y otras drogas.
- La Aventura de la Vida: comenzó en el curso 2005-2006 y va dirigido a alumnos de primaria, en concreto, a partir de tercero de primaria en adelante. Sus áreas de prevención son el tabaco y el alcohol y para ello tiene varios objetivos que son promover estilos de vida saludables, adquirir habilidades para la vida y promover la educación en valores y para la convivencia.
- Pantallas Sanas: van dirigidas a toda la comunidad educativa, se estudia el uso que hacen las pantallas y nuevas tecnologías desde la promoción de la salud. Tiene como objetivo trabajar los hábitos asociados con el consumo y las diferentes adicciones en el uso de las TIC.

Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud: para formar parte de la Red debes tener todos los requisitos que se acaban de mencionar en los Programas Escolares de Educación. Su objetivo es incorporar en esta Red a todos aquellos centros que han promocionado la salud. La Comisión Mixta de los Departamentos de Salud y Consumo y Educación, Cultura y Deporte es la encargada de dar esa acreditación.

Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS): se creó en el año 1996 y su finalidad es facilitar la extensión de la promoción de la salud por toda la Comunidad Autónoma de Aragón y al mismo tiempo quiere ser un instrumento para trabajar en los grupos multidisciplinares. Estos proyectos tienen las siguientes características:

- Orientarse hacia la promoción de la salud, es decir, el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades se capacitan para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud.
- Coherencia con los principios y metodología de la educación para la salud.
- Debe existir un equipo multiprofesional el cual realizará el diseño, seguimiento y evaluación del proyecto.
- Integrarse en los objetivos de los centros, servicios y entidades promotoras de proyecto.

Los proyectos pueden ser promovidos por: Centros educativos, Centros de salud, Centros de prevención de drogodependencias, Ayuntamiento, Servicios Sociales.

Por otro lado la Red ofrece a los proyectos la posibilidad de asesorar a los equipos de trabajo y seguimiento, acceder a la documentación y material didácticos a través del Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud, formación e intercambio de experiencias y por último la posibilidad de intercambiar información con otras redes que realicen actividades muy parecidas.

### *8.3.2. Asistencia*

Las Unidades de Asistencia y Seguimiento de Adicciones (UASA) se crearon debido a la necesidad de normalizar las asistencias para personas drogodependientes desde el ámbito de la Salud Mental. Estos centros son los referentes para cada uno de los Sectores Sanitarios ya sea como un recurso propio del Servicio Aragonés de Salud o como recursos concertados con diferentes instituciones y organizaciones para poder tratar y rehabilitar a los drogodependientes.

Los Centros de atención primarias son muy importantes para detectar a los drogodependientes y los que tienen otras adicciones. Además ayudan a superar a través de terapias la adicción al alcohol y al tabaco. En todo este proceso hay que tener en

cuenta la ayuda que ofrecen las organizaciones de pacientes o de ayuda mutua referido al alcohol o a otras conductas como por ejemplo la ludopatía.

## **9. PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS ADICCIONES 2011/2017 EN HUESCA**

### **9.1. Análisis de la realidad en Huesca**

-Factores socio-demográficos:

Según el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017, Huesca tiene 52933 habitantes (censo 2010) en una superficie de 6,15km<sup>2</sup>. Hablando de la pirámide de población, existe más concentración de población entre los 20 y 65 años contando con un 57% del total. Las personas de más de 65 años suponen un 17,64% y desde el nacimiento hasta los 19 años hay un 20% del total.

Con respecto a la población que está escolarizada de los 5 a los 19 años, es el 14,59% con la que se llevan a cabo principalmente las acciones de prevención. La Universidad de Zaragoza en el campus de Huesca cuenta con un total de 3007 personas y estudiantes escolarizados de Secundaria a Formación Profesional tiene 4587 personas.

En relación a la economía, en Huesca los sectores predominantes además de los servicios en la Administración Pública son el sector servicios seguido de la construcción y la industria.

Además, Huesca cuenta con una Plataforma Logística PLHUS donde van instalándose diferentes empresas y cuenta con un total de 400 trabajadores.

Con respecto al paro registrado, ha ido descendiendo habiendo una tasa de paro en el tercer trimestre del 20,94% siendo el 22,91% en hombres y el 18,36% en mujeres.

Es importante destacar que la ciudad cuenta con una amplia red que participa en la resolución de muchas necesidades relacionadas con la discapacidad y la inclusión sociolaboral.

-Prevalencias y patrones de consumo de drogas:

En nuestra Comunidad hay que tener muy en cuenta la temprana edad de inicio y al mismo tiempo los contextos de ocio en los que se produce dicho consumo. Desde los



años 90, el consumo se incluye dentro del proceso de socialización e integración del grupo de iguales, además siendo este consumo recreativo y por lo tanto asociado al ocio y a las características de normalización.

Casi todos los datos provienen de encuestas estatales EDADES de 2007 y ESTUDES de 2008, en esta última se aportan datos de Aragón, entonces parte de la muestra corresponde a Huesca.

Tabla 7. Patrones de consumo de alcohol

Alcohol
“La presencia de alcohol en el mundo adulto sigue siendo elevada, de tal forma que un 88% declara haberlo consumido alguna vez en su vida. La prevalencia del consumo diario ha disminuido respecto a años anteriores. Se detecta un ligero incremento de borracheras, siendo superior el porcentaje en hombres que en las mujeres. La edad media de inicio se sitúa en los 13, 7 años y en la que se pasa al consumo semanal es a los 15,6 siendo. Las prevalencias de consumo a los 14 años son mayores en las chicas. La prevalencia de borracheras en los últimos 30 días corresponde a un 44,1% de Aragón.”

Fuente: Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017, p. 11.

Desde el Ayuntamiento de Huesca se llevó a cabo una encuesta en el año 2007/2008 que trataba sobre los hábitos de ocio tanto en ámbitos formal como no formal entre los jóvenes y las jóvenes en relación a los horarios, el dinero que gastan y sus expectativas. Se escogieron 1070 chicos y chicas de un total de 4356.

Tabla 8. Hábitos en el tiempo de ocio de los y las jóvenes de Huesca

Hábitos	
Actividades más culturales, deportivas o alternativas	El 28% hacen deporte, 74% de los chicos encuestados lo practican frente al 51% de las chicas. Para todos la actividad más importante es salir con sus amigos y un 10% sale a bares o de botellón en las edades de 12 y 13 años, entre los 14 y 15 salen un 48%, un 81% entre los 18 y 19 y por último un 88% los de 20 y 21 años. Las actividades que más les gustaría practicar serían las deportivas, de arte y tecnología y por último las de expresión corporal. Cuanto más jóvenes son mayor

### Consumo de alcohol y su prevención desde la educación primaria

	interés tienen en organizar actividades.
Horario	-Los viernes: los que están entre los 12 y los 15 años suelen salir a las seis de la tarde y vuelven un 22% a las nueve de la noche, otro 22% cuando se van sus amigos y por último un 21% cuando quieren. -Los sábados: el horario de volver a casa cambia porque el 15% vuelve a las nueve de la noche, el 25% cuando se van sus amigos y el 28% cuando quieren.
Dinero	El 41% de los jóvenes cuentan con menos de seis euros y el 32% cuentan entre los seis y doce euros.
Recibimiento de la información	34% de los jóvenes se enteran a través de la publicidad, el 23% gracias al instituto y por último un 22% por su círculo de iguales.
Tamaño de la ciudad	Al tratarse de un ciudad pequeña, las familias se han educado en un ambiente de seguridad y de protección, y por ello los chicos y chicas suelen comenzar a salir con sus amigos a los 12 o 13 años.
Ocio nocturno	En el curso 2010-2011 se matricularon casi 3000 universitarios. La población universitaria sale los jueves por la noche y el fin de semana por “el Tubo”

Fuente: Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017, p. 14.

“La aprobación en Aragón de la Ley 11/2015, de 28 de diciembre Reguladora de los Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y Establecimientos Públicos de la Comunidad Autónoma de Aragón y la aplicación más severa de las restricciones de venta y consumo de alcohol para menores recogidas en la Ley 3/2001 de 4 de abril, de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en materia de Drogodependencias y en la Ley de la Infancia y la Adolescencia de Aragón y la aprobación de la Ordenanza Municipal de Convivencia (donde se regula el “botellón”), han apoyado el trabajo preventivo que se ha venido haciendo desde 1995, introduciendo algunas modificaciones en el contexto social respecto a la permisividad existente, hasta ahora, con el consumo de alcohol en menores, así como en el incremento en la percepción del

riesgo”. (Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017, p. 16).

Tabla 9. Datos de la Red Específica en Huesca

Nivel asistencial	En Huesca capital en el año 2009 se atendieron a 786 personas. Los recursos que componen la red son: Centro de Prevención Comunitaria (CPC) de Huesca, Unidad de Atención y Seguimiento en Adicciones (U.A.S.A.) de Huesca, Centro de Solidaridad Proyecto Hombre de Huesca, Fundación Doctor Valero Martínez- ASAREX en Huesca y los Hermanos Franciscanos de Cruz Blanca de Huesca.
Nivel preventivo	-Ámbito Educativo: 4000 alumnos y alumnas se han beneficiado de los Programas y 152 docentes han participado en la aplicación de dichos Programas. -Ámbito Familiar: se ha llegado casi a un total de 672 familias. -Ámbito Comunitario: 3200 jóvenes han participado en los diferentes Programas de Ocio.
Recursos en Huesca	Los recursos que trabajan directamente la prevención de drogodependencias coordinados con el CPC son: el Servicio de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud (SARES), el Centro de Profesores y Recursos en Huesca (CPR), los Centros Educativos de Primaria y Secundaria, la Asociación de Madres y Padres de los Centros Educativos de Primaria y Secundaria y otros Departamentos del Ayuntamiento de Huesca.
Control de la oferta de sustancias tóxicas	La Policía Local realizó 43 denuncias a bares y establecimientos de Hostelería y se realizaron un total de 2.438 controles de alcoholemia. La Policía Nacional realizó 33 charlas en centros escolares sobre el consumo de drogas.
Trabajo en red como estrategia comunitaria	Desde el Ayuntamiento se cuenta con el Plan Municipal de Prevención del Consumo de Alcohol, Plan Municipal de Inmigración, Plan Municipal de Juventud, Plan de Igualdad y Género y el Observatorio de Convivencia. Es necesaria una metodología de trabajo transversal y coordinado entre los equipos que componen los diferentes Departamentos Municipales.

Fuente: Fuente: Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017, p.

## 9.2. Prevención en el ámbito educativo

“La escuela se convierte por su estructura y características en la institución idónea para adquirir valores, destrezas, habilidades y conocimientos que configuren estilos de vida saludables que hagan a las personas más autónomas y resistentes a la presión al consumo de drogas y otras conductas de riesgo para su salud.” (Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017, p. 30).

Labor preventiva desde la escuela debido a que es un agente muy importante de socialización, actúa en la fase de maduración de la persona, deben pasar todas las personas hasta los dieciséis años por ella, gracias a ella se pueden detectar factores de riesgo y por último debido a la cercanía del profesorado con el alumnado, ya que los profesores actúan como modelos.

Tabla 10. Objetivos específicos en el ámbito educativo

En relación al centro docente	<ul style="list-style-type: none"><li>-Intensificar la aplicación de la prevención de consumo de drogas y otras adicciones en el proyecto educativo de centro y en el plan de acción tutorial.</li><li>-Coordinar y evaluar las estructuras y agentes implicados en las acciones preventivas en materia de prevención de drogodependencias incluidas en el proyecto educativo del centro.</li></ul>
En relación al equipo docente	<ul style="list-style-type: none"><li>-Capacitar al equipo docente en materia de prevención de drogodependencias y en los propios programas para su aplicación con el alumnado.</li></ul>
En relación al alumnado	<ul style="list-style-type: none"><li>-Reforzar la Educación para la Salud en el Proyecto Curricular de forma coherente, utilizando metodologías que fomenten la participación del alumnado en el proceso educativo, potenciando el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud.”</li></ul>

Fuente: Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017, p. 31.

Tabla 11. Acciones preventivas en el ámbito educativo

En relación al centro docente	<ul style="list-style-type: none"><li>-Reforzando la aplicación de los programas de prevención del consumo de drogas y otras adicciones en Primaria y Secundaria con el apoyo de padres y madres dentro del Proyecto educativo de centro y Plan de acción tutorial.</li><li>-Elaborando protocolos de colaboración entre los Departamentos de Salud y Consumo y de Educación del Gobierno de Aragón y el CPC del Ayuntamiento de Huesca.</li><li>-Evaluando los programas aplicados</li></ul>
En relación al equipo docente	<ul style="list-style-type: none"><li>-Formando y asesorando al equipo docente en materia de prevención y otras cuestiones relacionadas con la salud.</li><li>-Facilitando apoyo y seguimiento.</li><li>-Asesorando y/o interviniendo en situaciones de riesgo.</li><li>-Detectando de manera precoz el consumo de drogas con el fin de reducir riesgos.</li><li>-Facilitando los recursos y medios necesarios al alumnado que demanda orientación y asesoramiento.</li></ul>
En relación al alumnado	<ul style="list-style-type: none"><li>-Proporcionando los conocimientos y habilidades para adoptar decisiones responsables.</li><li>-Ofreciendo al alumnado formación y Programas de cualificación profesional y universidad.</li><li>-Desarrollando hábitos y actitudes saludables como medio de prevenir el consumo de drogas legales e ilegales.</li><li>-Potenciando la asunción de la propia responsabilidad del alumnado hacia un consumo moderado, cuando se da un patrón de abuso.”</li></ul>

Fuente: Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017, p. 32.

#### 9.2.1. Programas de prevención en la escuela

Los programas de prevención en la escuela que se llevan a cabo son La aventura de la vida, Alcohol y tabaco 6º Primaria Órgago, Retomemos y Drojnet2.

## 10. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS JÓVENES

### 10.1 Según Informe de la Comisión Clínica del PNSD

Definición de alcohol:

El alcohol se obtiene gracias a la fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono y se lleva a cabo por la transformación del azúcar en etanol mientras que las levaduras actúan sobre las frutas o granos. Cuando hablamos de alcohol se refiere al alcohol etílico o etanol ( $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ )

Clasificación de bebidas alcohólicas:

Hay dos tipos de bebidas alcohólicas, en primer lugar se encuentran las llamadas bebidas fermentadas donde su azúcar se convierte en alcohol gracias a las levaduras (vino, cerveza y sidra), en segundo lugar tenemos las bebidas destiladas que son aquellas que se consiguen eliminando mediante el calor una parte de agua en las bebidas fermentadas (coñac, ginebra, whisky, ron y vodka).

Clasificación de los consumo:

Tabla 12. Niveles de riesgo y criterios de intervención

Nivel del riesgo	Criterios		Intervención	Papel Equipos de Atención Primaria
	Hombre	Mujer		
Riesgo bajo	<17 UBE/Sem	<11 UBE/Sem	Prevención primaria	Educación y apoyo
Consumo de riesgo*	$\geq 28$ UBE/Sem	$\geq 17$ UBE/Sem	Intervención breve	Identificación, asesoramiento, consejo breve y seguimiento
Consumo nocivo	Presencia de Trastornos relacionados con el Alcohol			
Riesgo alto (Síndrome de dependencia de Alcohol)	DSM-IV CIE-10		Tratamiento especializado	Identificación, asesoramiento, derivación y seguimiento

\*Es consumo de riesgo cualquier consumo en el caso de mujeres embarazadas, menores y personas con actividades, enfermedades y tratamientos que desaconsejen el consumo.

Fuente: Modificado de Anderson P. Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications 1996;64.

Los trastornos por abuso y dependencia del alcohol:

Tabla 13. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol

Trastornos relacionados por el comportamiento hacia el alcohol:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Abuso o consumo perjudicial</li><li>• Dependencia del alcohol</li></ul>
Trastornos relacionados con los efectos directos del alcohol sobre el cerebro, también denominados trastornos inducidos:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Intoxicación por el alcohol</li><li>• Abstinencia alcohólica</li><li>• Delirio por abstinencia</li><li>• Trastorno amnésico, síndrome de Wernicke-Korsakow y demencia</li><li>• Trastornos psicóticos, con delirios o alucinaciones</li><li>• Trastornos del estado de ánimo</li><li>• Trastornos de ansiedad</li><li>• Disfunciones sexuales</li><li>• Trastornos del sueño</li></ul>

Fuente: Elaborada por la Comisión Clínica de la DGPNSD

Tabla 14. Principales características clínicas de la dependencia del alcohol

Deseo insaciable	Gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol.
Pérdida de control	Incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado
Dependencia física	Síndrome de abstinencia con síntomas tales como: náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que ocurren cuando se deja de beber alcohol.
Tolerancia	Necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol a fin de sentirse eufórico.

Fuente: Modificado del [www.niaaa.nih.gov/FAQs/General-Spanish/FAQEsp1.htm](http://www.niaaa.nih.gov/FAQs/General-Spanish/FAQEsp1.htm).

Trastornos orgánicos en niños y adolescentes:

Tabla 15. Patología orgánica desencadenada por alcohol en niños y adolescentes

Trastornos sistema nervioso central	<ul style="list-style-type: none"><li>• Daño cerebral: Alteraciones de comportamiento, aprendizaje y memoria. Inhibición de la plasticidad neuronal.</li></ul>
Trastornos digestivos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gastritis alcohólica: Tras ingesta aguda y crónica de alcohol.</li><li>• Síndrome de Mallory- Weiss o desgarro de la mucosa esofágica.</li></ul>
Trastornos hepáticos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alteraciones del funcionamiento hepático: aumento de GPT y GGT</li><li>• Hepatitis alcohólica aguda</li></ul>
Trastornos cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arritmias cardíacas: Fibrilación auricular, fibrilación ventricular y muerte súbita.</li><li>• Miocardiopatía dilatada por consumo crónico</li></ul>
Trastornos cerebrovasculares	<ul style="list-style-type: none"><li>• Infartos cerebrales</li><li>• Hemorragias cerebrales tras ingesta aguda.</li></ul>
Trastorno endocrinos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución de la hormona del crecimiento (GH).</li><li>• Descenso de Testosterona en varones</li><li>• Aumento de Testosterona en mujeres</li></ul>
Metabolismo óseo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alteraciones de la densidad ósea</li></ul>

Fuente: Elaborado Comisión Clínica. DGPNSD

Percepción del riesgo:

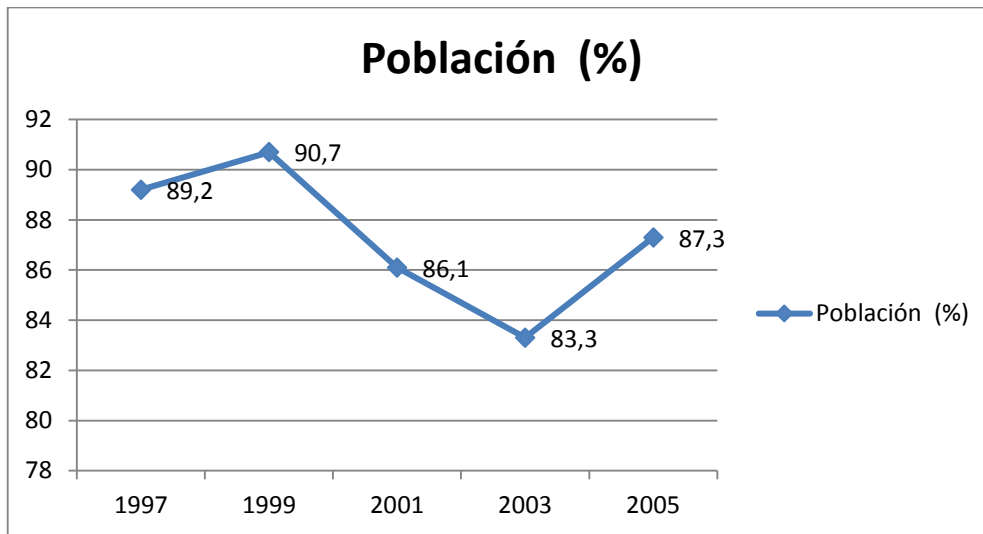
Las consecuencias negativas en jóvenes derivadas del consumo de alcohol suelen ser con la familia, compañeros de clase, los propios maestros, bajada del rendimiento escolar, conducir después de haber bebido e incluso enfermedades de transmisión sexual.

Según el tipo de droga que se consume se tiene una percepción del riesgo u otra siendo siempre mayor en las mujeres. En nuestro país las drogas de comercio legal se asocian a menor riesgo que las de comercio ilegal.

Con respecto al alcohol entre 1999 y 2003 disminuyó la percepción del riesgo, observándose un ascenso en el año 2005



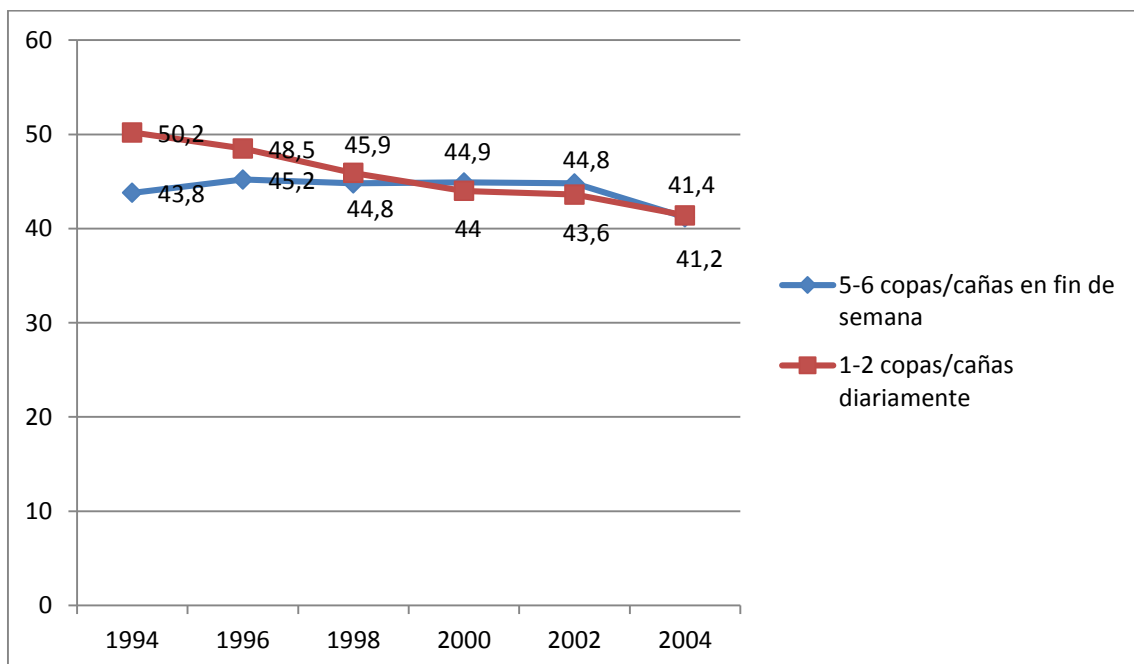
Gráfico 6. Riesgo percibido asociado al consumo de 5-6 cañas/copas a diario en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2005



Fuente: Encuesta EDADES, 1997-2005. DGPNSD.

Entre 1994 y 2004 el riesgo percibido ante el consumo de alcohol disminuyó mucho gracias: a la publicidad que nos crea una imagen de normalidad de consumo.

Gráfico 7. Riesgo percibido ante el consumo de alcohol diariamente y durante los fines de semana en estudiantes de 14 a 18 años, 1994-2004



Fuente: Encuesta ESTUDES, 1994-2004. DGPNSD

Las variables por las que los jóvenes asocian el riesgo al consumo de bebidas alcohólicas son:

- “Propiedades de la sustancia consumida (tipo de bebida, calidad de la misma, graduación y adulteración...).
- Capacidad de control de la situación de la persona que bebe (frecuencia de bebida, mezcla de diferentes tipos de alcohol, ingesta previa de alimentos, conocimiento de los límites de cada uno...).
- La experiencia propia o ajena” (Informe de la Comisión Clínica del PNSD, p. 109)

La percepción del riesgo es escasa con respecto a la afectación del rendimiento escolar y las relaciones entre iguales, eso sí, el posible deterioro familiar y social existe a largo plazo

Estrategias de prevención:

1. Conseguir una disminución del consumo de alcohol dentro de lo posible para reducir el daño producido por éste y sobre todo en los menores de edad.
2. Reducir las conductas de riesgo realizando intervenciones desde diferentes entornos dirigidos a personas trabajadoras en situación de riesgo, embarazadas, conductores...
3. Retrasar la edad de inicio, ya que cuanto antes se empieza a consumir más probabilidad hay de abusar de él.

Intervención en el ámbito educativo a través de programas educativos que permitan:

- Cambiar la percepción de normalidad del consumo y de actitudes de pro-consumo así como la percepción normativa del grupo y creencias erróneas hacia el uso de sustancias.
- Aumentar percepción del riesgo
- Potenciar las habilidades y competencias personales.
- Incentivar vínculos con la sociedad-familia-escuela.
- Prevenir el fracaso escolar.
- Favorecer la inclusión de la educación para la salud en el proyecto del centro.
- Detectar a los menores que están en riesgo.

## 10.2. ESTUDES 2014/2015

Según la Encuesta sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2014/2015 “el 11 de febrero de 2016 el consumo de drogas en la población escolar de entre 14 y 18 años ha disminuido en nuestro país en los últimos dos años. Esta reducción se observa en todas las sustancias psicoactivas analizadas, hasta un total de 18, aunque se da de forma más acusada en los consumos intensivos de alcohol (borracheras y consumo de atracón). También disminuye la disponibilidad percibida para todas las drogas, excepto para el alcohol.” (Nota de prensa Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. pp.1-5)

Tabla 16. Principales resultados respecto al Alcohol

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>-Los estudiantes de entre 14 y 18 años perciben esta sustancia como la menos peligrosa.</li><li>-Se considera un descenso bastante notable del consumo de alcohol entre la población encuestada aunque la prevalencia sigue siendo muy elevada.</li><li>-Existe un consumo intensivo donde se destaca que el 1,7% de los jóvenes entre 14 y 18 años ha consumido todos los días alcohol en los últimos 30 días (0,9% a los 14 años y 2,4% a los 17 años).</li><li>-En los últimos 30 días uno de cada tres escolares ha consumido alcohol en forma de atracón (binge drinking).</li><li>-Alguna vez en el último mes se han atracado de alcohol el 43% de los estudiantes de 16 años y la mitad de los de 17 años.</li><li>-El botellón y las borracheras han descendido ligeramente según la encuesta.</li><li>-Las mujeres realizan un consumo de alcohol en mayores proporciones que los hombres.</li></ul> |
|--|

Fuente: Nota de prensa Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. pp.1-5

## 10.3. EDADES 2015/2016

Según la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) 2015-2016 “el 26 de mayo de 2017, el consumo de todas las drogas, excepto el cannabis se ha estabilizado o disminuido en los últimos dos años entre la población española de entre 15 y 64 años. (Nota de prensa Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. pp.1-4)

Tabla 17. Principales resultados respecto al Alcohol

- El 77,6% de los encuestados han consumido esta sustancia en los últimos doce meses, siendo el 78,3% el que lo hacía hace dos años.
- El 58% de los menores que han realizado la encuesta ha consumido alcohol durante el último año. ( 66,2% en la anterior encuesta)
- La cifra de consumidores diarios de alcohol es la más baja desde el año 1995 siendo esta de un (9,3%).
- La cifra más elevada de consumo diario se alcanzó en el año 2001 siendo un 15,7%.
- Durante los últimos 30 días un 62,1% ha consumido alcohol. El 46,4% ha consumido cerveza, el 29,1% vino, el 24,3 combinados y por último el 16,3% otras bebidas alcohólicas.
- Desde el año 2009 desciende el porcentaje de población que confirma haberse emborrachado en los doce meses anteriores.
- El consumo de atracón sigue aumentando y ya lo practica en el último mes un 17,9% de los encuestados, tendiendo mayor prevalencia los encuestados entre 15 y 24 años siendo un 30,6% hombres y un 22,8% mujeres.

Fuente: Nota de prensa Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. pp.1-4

#### **10.4. Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones 2017**

Según el Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones 2017 el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. Un 77,6% ha consumido alcohol en los últimos doce meses, el 62,1% en los últimos treinta días y por último el 9,3% diariamente en los últimos treinta días.

Tanto las borracheras como el consumo de atracón se encuentran más extendidos en el género masculino y se concentran entre los 15 y 34 años.

La percepción del riesgo en la población de 15 a 64 años es mayor en las mujeres que en los hombres. Como dato importante hay que destacar que menos de la mitad de las personas que se encuentran en la franja de edad de los 15 a los 64 años siendo un (45,8%) cree que tomarse unas cinco o seis copas el fin de semana puede ocasionarle muchos problemas.

## **Consumo de alcohol y su prevención desde la educación primaria**

Los ciudadanos piensan que existen medidas de eficacia para poder resolver los problemas con las drogas en la población de 15 a 64 años ordenándolas del modo siguiente:

1. “La educación en las escuelas (91%)
2. Tratamiento con los consumidores (84%)
3. Las campañas publicitarias (81%)
4. El control policial (80%)
5. La restricción legal (75%)” (Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones 2017, p.9)

Consumo de bebidas alcohólicas en la población de 14 a 18 años:

En 2014, el 78,9% de los jóvenes afirma haber consumido alcohol alguna vez, el 76,8% en el último año y el 68,2% en el último mes. Un total de 285.700 estudiantes iniciaron el consumo en dicho año.

Se ha observado un descenso desde el año 2012 y coincide con el incremento en el porcentaje de alumnos que advierte un riesgo ante el consumo de alcohol.

En el año 2014, el 50,1% admitió haberse emborrachado alguna vez en la vida y un 57,6% afirma a su vez haber realizado botellón en el último año.

El alcohol es la sustancia psicoactiva percibida como menos peligrosa y un gran problema es que los menores la consiguen con mucha facilidad.

Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT):

Tiene como objetivo general desarrollar y mantener un sistema rápido de alerta temprana para detectar, intercambiar información, evaluar y dar respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias psicoactivas o cualquier tipo de evento relacionado con el consumo de sustancias que puede ocasionar un problema de salud pública.

Es responsable de coordinar las acciones a nivel nacional en España y también a nivel internacional porque es el interlocutor con el resto de los organismos responsables. El SEAT colabora de forma activa con el Sistema Europeo de Alerta Temprana (EWS- Early Warning System).

## 11. UNA APROXIMACIÓN A LA NUEVA LEY DE ALCOHOL Y MENORES

Anteproyecto de Ley de protección de los menores frente a los efectos del consumo de alcohol.

De conformidad con lo previsto en los artículos 133 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, se convoca, con carácter previo a la elaboración del Anteproyecto de Ley de referencia, una consulta pública en la que se recabará la opinión de los sujetos, las organizaciones y las asociaciones potencialmente afectados por la futura norma.

Tabla 18. Consulta pública previa a la elaboración del texto de un anteproyecto de ley de protección de los menores frente a los efectos del consumo de alcohol

Antecedentes de la norma	<p>El consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad en España conlleva efectos y consecuencias claramente perjudiciales para su salud física, psíquica y social y, por tanto, para toda la sociedad en general.</p> <p>De acuerdo con la última Encuesta ESTUDES 2016/2017, existe una tendencia a la baja, iniciada en 2012, en cuanto a la prevalencia del consumo de alcohol por menores; así, el 76,9% de los estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez en la vida el alcohol (el 83,9% en 2012); el 75,6% ha consumido en el último año (el 81,9% en 2012) y el 67% lo ha hecho en el último mes (el 74% en 2012), si bien, el consumo de alcohol entre los menores de edad no debería existir ya que es una sustancia a la que los menores no pueden acceder. Se ha elevado la edad de inicio en el consumo de alcohol en España, pero ésta sigue siendo muy baja, tanto en el consumo de manera ocasional (14 años de media entre aquellos adolescentes que consumen antes de la mayoría de edad), como en el consumo con</p>
--------------------------	---

## Consumo de alcohol y su prevención desde la educación primaria

	<p>periodicidad establecida (15,1 años para el consumo con periodicidad semanal).</p> <p>Su cuerpo es muy vulnerable a sus efectos y puede verse gravemente afectado por su ingesta tanto desde el punto de vista de la salud física como intelectual.</p> <p>El consumo de alcohol ocasiona peor rendimiento académico, al producir déficits de memoria y atencionales, conflictos familiares y con los iguales, o mayor número de accidentes, además de que el inicio temprano en el abuso del alcohol es un buen predictor de la dependencia y otras problemáticas cognitivo conductuales.</p> <p>Los menores perciben muy poco riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas.</p> <p>Cuando combinamos una menor percepción de riesgo, mayor tolerancia y mayor disponibilidad, nos encontramos con mayores prevalencias de consumo.</p>
Aspectos que se pretenden abordar con la futura norma	Proteger a los menores de edad frente a las graves consecuencias del consumo de alcohol e incrementar en el conjunto de la sociedad la percepción del riesgo que, para la salud de nuestros menores, comportan estos consumos.
Necesidad y oportunidad de su aprobación	Adoptar medidas preventivas eficaces para evitar la problemática asociada al consumo de alcohol por parte de los menores de edad con el fin último de hacer plenamente efectivo el derecho a la protección de la salud de los menores de edad y la tutela efectiva de la salud pública que encomienda a las Administraciones Públicas el artículo 43 de la Constitución Española
	•Prevenir el consumo de bebidas alcohólicas por parte de menores de edad,

Objetivo de la norma	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impedir todas las actividades y conductas que estén destinadas a promover, favorecer o facilitar el consumo en menores de edad</li><li>• Incorporar en la planificación, diseño, ejecución y control de las distintas políticas públicas, actuaciones basadas en la evidencia científica, dirigidas a la prevención del consumo de bebidas alcohólicas, por parte de menores de edad.</li><li>• Promover hábitos de vida saludables alternativos, entre los menores de edad, y la educación específica de éstos, frente al consumo de bebidas alcohólicas.</li></ul>
Posibles soluciones alternativas y no regulatorias	Se considera que la alternativa más eficaz es la tramitación de este Anteproyecto de Ley.

Fuente: Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>

## 12. CONCLUSIONES

- Antes de realizar un programa de prevención tenemos que intentar encontrar cuales son esos factores de riesgo y de protección del consumo para saber las causas que provocan esos consumos e incluso por qué los mantienen. El objetivo común de todos los modelos de prevención consiste en entender por qué unas personas consumen drogas y otras no para aplicar diversas estrategias preventivas y así evitar que las personas comiencen a consumir las diferentes sustancias. Cuantos más conocimientos se tengan de los factores de riesgo y protección, mejor se podrán conocer las causas por las cuales las personas consumen esas drogas o no las consumen y además se podrán llevar a cabo programas de prevención más efectivos y mucho más adecuados.
- La promoción de la salud forman el marco y la estrategia perfectamente adecuada para poder desarrollar una educación relacionada con las drogas cuyo objetivo final es dotarle a las personas de un poder, que es el de llevar una vida lo más sana posible.



- Las Escuelas Promotoras de Salud son centros educativos que dan más prioridad en sus proyectos educativos a la salud entendida como una forma de vivir autónoma, solidaria y divertida y al bienestar de toda la comunidad educativa. Las metodologías que se emplean en estas escuelas son cooperativas y se combinan dos tipos de aprendizajes que son el individual y el grupal. Por lo tanto con este tipo de aprendizaje un centro educativo promotor de la salud permite que el alumno experimente a la hora de adquirir su aprendizaje facilitando su desarrollo personal y social.
- Los Programas Escolares de Educación para la Salud son aquellos programas de educación que ofrecen las Comunidades Autónomas a los colegios para prevenir las drogodependencias. (La aventura de la vida, órdago, cine y salud...)
- Todo centro educativo que promueve la salud integra las cinco estrategias propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que son: el desarrollo de las habilidades personales, el fomento de la integración de la escuela, la familia y la comunidad, crear un entorno saludable para todos los miembros del centro educativo, realizar una reorientación e innovación en las prácticas educativas y por último mejorar las políticas y normativas escolares
- Las drogas legales son las que nos conducen a tomar otras sustancias ilegales, pero no todo el mundo que consume drogas pasa por las cuatro etapas ( cerveza o vino, cigarrillos o licores, marihuana y por último otras drogas ilegales)
- El alcohol se puede decir que es la sustancia más consumida por los españoles en lugares públicos durante los fines de semana como forma de diversión.
- El Plan Nacional sobre Drogas tiene como objetivo prevenir los consumos y trabajar en las consecuencias que éstos provocan, principalmente en el alcohol y el tabaco que son consumos de carácter recreativo.
- Según la Estrategia Nacional sobre Adicciones las sustancias adictivas que están legalizadas (alcohol, tabaco y determinados fármacos) son las que poseen un mayor número de consumidores. Por otro lado es evidente como las nuevas tecnologías son facilitadoras y potenciadoras de algunas conductas adictivas.
- Los Centros de atención primarias son muy importantes para detectar a los drogodependientes y los que tienen otras adicciones. Además ayudan a superar a través de terapias la adicción al alcohol y al tabaco

- Lo más preocupante en la evolución del consumo de drogas es la temprana edad a la que se empieza a consumir y el modo de consumo, ya que ahora el consumo de los adolescentes y jóvenes se desarrolla en un ámbito asociado al ocio y forma parte del proceso de socialización y de integración en el grupo de iguales.
- Según el tipo de droga que se consume se tiene una percepción del riesgo u otra siendo siempre mayor en las mujeres. En nuestro país las drogas de comercio legal se asocian a menor riesgo que las de comercio ilegal. Con respecto al alcohol entre 1999 y 2003 disminuyó la percepción del riesgo, observándose un ascenso en el año 2005. La percepción del riesgo en la población de 15 a 64 años es mayor en las mujeres que en los hombres.
- Desde el año 2009 desciende el porcentaje de población que confirma haberse emborrachado en los doce meses anteriores.
- El alcohol es la sustancia que más consumen los jóvenes de entre 14 y 18 años, sabiendo que un 84,8% lo han probado y por lo tanto consumido alguna vez a lo largo de su vida. Además los 13,5 años es la edad media de inicio de consumo sabiendo que conforme pasan los años, este consumo aumenta.
- El consumo a la edad de 14 años es mayor en las chicas que en los chicos pero a partir de los 16 y 17 años aumentan el consumo en los chicos y por ello hace que la media de consumo entre los 14-18 sea mayor en ellos.
- El consumo en Aragón está por encima de la media de España aunque se aprecia una pequeña estabilización en el año 2008 con respecto al año 2006.
- La presencia de alcohol en el mundo adulto sigue siendo elevada, de tal forma que un 88% declara haberlo consumido alguna vez en su vida
- En los últimos 30 días uno de cada tres escolares ha consumido alcohol en forma de atracón (binge drinking).

### **13. BIBLIOGRAFÍA**

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Ajzen, I. (1988). Attitudes, personality, and behavior. Chicago, IL: The Dorsey Press. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and actions: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E. (2001). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional De Drogas.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología conductual*, 3, 333-356.
- Brooks, F. (2014). The link between pupil health and wellbeing and attainment. A briefing for head teachers, governors and staff in education settings. Public Health England. London. Accesible en: [http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action\\_SP.pdf](http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_SP.pdf)
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3a edición. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Consultado el 5 de febrero de 2018. Recuperado de <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxicol/carta.pdf>
- Casas, M., Perez, J., Salazar, I. y Tejero, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias. En Casas, M. (ED) Trastornos Psíquicos en Toxicomanías (I) 367-3759. Barcelona. Ediciones en Neurociencias.
- Chatlos 1996 Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Consultado el 10 de enero de 2018. Recuperado de <http://www.cedro.sld.cu/bibli/i/i4.pdf>
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickensn (eds.). Vulnerability to drug abuse. Whashington. C. D: American Psychological Association. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Costa, M. y López, E. (2000). Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide

- Díaz, R., y Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 26, 161-187. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Consultado el 12 de enero de 2018. Recuperado de [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)
- Delors, J. (1996). Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI. *La educación encierra un tesoro*: Santillana
- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2014-2015. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 2015-2016. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008 (1999). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016 (2008). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Estrategia Nacional sobre Adicciones para el período 2017-2024 (2016). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Félix- Ortiz, M., & Newcomb, M. D. (1999). Vulnerability for drug use among Latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 27(3), 257-280.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía de la autonomía*. México: Siglo XXI.
- Fuente, V y Aramendi, J. (2011) *La mediación educativa de los programas de cualificación profesional inicial: a propósito de las drogas*, 14 (2), 213-236.
- Gardner, E., Carmona, M., Florin, P., Roy, G y Stewart, K. (2001) Science-Based Substance Abuse Prevention: A Guide is based on A Guide to Science-Based Practices in Substance Abuse Prevention. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Gavidia, V. (2016). *Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela*. Proyecto de Investigación subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) Valencia, España: Tirant lo Blanch

- Green, L y Kreuter, M. (1991). Health promotion planning: an educational and environmental approach. (2<sup>nd</sup> ed.) Mountain View, CA, Mayfield.
- Glantz, M.D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), Vulnerability to drug abuse (pp.389-418). Washington, DC: American Psychological Association.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2017). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Informes de la Comisión Clínica. (2007). Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Informes sobre alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Informe Lalonde. Consultado el 3 de *Octubre* de 2017. Recuperado de <https://saludypoesia.wordpress.com/2014/01/24/informe-lalonde/>
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development. Nueva York: Academic Press. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 345-377. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457- 476. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, Título primero, Capítulo 1 (1986)  
Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Merino, B. (2000). La Evidencia de la Eficacia de la Promoción a la Salud. Parte 1. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Merino, B. (2000). La Evidencia de la Eficacia de la Promoción a la Salud. Parte 2. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Newcomb, M. B. y Bentler, P.M. (1986). Drug use, educational aspirations, and workforce involvement: The transition from adolescence to young adulthood. *American Journal of Community Psychology*, 14, 303-321.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504. En: Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Oetting, E.R. y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Pandina, R., Jonhson, V. y Labouvie, E. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Peele. (1985). The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and Its Interpretation. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Piaget, J. (1999). La Psicología de la inteligencia. Madrid: Crítica
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2010-2016). Zaragoza: Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.

- Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES) 1997. *Material de prevención del consumo de drogas para la educación primaria*. Canarias: Fundación de ayuda contra la drogodependencia
- Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones. (2011-2017). Huesca: Centro de Prevención Comunitaria de la F.M.S.S. Ayuntamiento de Huesca.
- Salvador, T., Suelves, J.M. (2009). Ganar Salud en la Escuela. Guía para conseguirlo. Madrid: Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Samdal, O. y Rowling, L. (2013). *The Implementation of Health Promoting Schools: Exploring the theories of what, why and how*. New York: Routledge.
- Santacreu, J., Froján, M.X. y Hernández, J.A. (1991). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I). *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 201- 215.
- Santacreu, J. y Froján, M.X. (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II). *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 253-268.
- St Leger, L. et al. (2010). Promover la salud en la escuela: de la evidencia a la Acción. Paris: UIPES.
- Torres, M.A. (2009) Historia de las adicciones en la España Contemporánea. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Waldrom, H. B. (1998). Substance abuse disorders. En A.S. Bellack y M. Versen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* vol. 5, pp. 539-563. Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Werch, C. E., y DiClemente, C. C. (1994). Modelo de etapas de Componentes Múltiples. En: Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- World Health Organization. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos.

## ANEXOS

### Anexo 1: Tablas

-Tabla 1. Teoría secuencial de Kandel.p.12

- Tabla 2. Factores de riesgo y de protección. Garder et al, en el año 2001. p.19
- Tabla 3. Valores y pilares. p.22
- Tabla 4. La situación de las adicciones en España desde la perspectiva de género p. 37
- Tabla 5. Porcentaje de consumo de alcohol “alguna vez en la vida” p.40
- Tabla 6. Urgencias por consumo de alcohol. Distribución porcentual por grupos de edad. H.C.U *Lozano Blesa* de Zaragoza, 2005-2008. p.44
- Tabla 7. Patrones de consumo de alcohol. p.49
- Tabla 8. Hábitos en el tiempo de ocio de los y las jóvenes de Huesca. p.49
- Tabla 9. Datos de la Red Específica en Huesca .p.51
- Tabla 10. Objetivos específicos en el ámbito educativo. p.52
- Tabla 11. Acciones preventivas en el ámbito educativo. p.52
- Tabla 12. Niveles de riesgo y criterios de intervención..p.54
- Tabla 13.Trastornos relacionados con el consumo de alcohol. p.55
- Tabla 14. Principales características clínicas de la dependencia del alcohol. p.55
- Tabla 15. Patología orgánica desencadenada por alcohol en niños y adolescentes. p.56.
- Tabla 16. Principales resultados respecto al Alcohol. p.59
- Tabla 17. Principales resultados respecto al Alcohol. p.60
- Tabla 18. Consulta pública previa a la elaboración del texto de un anteproyecto de ley de protección de los menores frente a los efectos del consumo de alcohol. p.62

## **Anexo 2: Tablas**

- Gráfico 1. Porcentaje de consumo de alcohol en el último mes. Aragón. 2002-2008. 14-18 años p.41
- Gráfico 2.Porcentaje de consumo de alcohol en el último mes, según el sexo. Aragón. 2002-2008. 14-18 años (mujeres). p.41



### **Consumo de alcohol y su prevención desde la educación primaria**

-Gráfico 3. Porcentaje de consumo de alcohol en el último mes, según el sexo. Aragón. 2002-2008. 14-18 años (hombres) p.42

-Gráfico 4. Número de admisiones a tratamiento por alcohol. Aragón 2003-2009. p.43

-Gráfico 5. Porcentaje de urgencias por consumo de alcohol, según sexo. H.C.U. *Lozano Blesa* de Zaragoza. 2005-2008 p.43

-Gráfico 6. Riesgo percibido asociado al consumo de 5-6 cañas/copas a diario en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2005 p.57

-Gráfico 7. Riesgo percibido ante el consumo de alcohol diariamente y durante los fines de semana en estudiantes de 14 a 18 años, 1994-2004. p.57